



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice Salomon“- Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

Handreichung

Entwicklung des Bachelorstudiengangs Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online (IGo)

**Eine Handreichung zum inhaltlichen Aufbau mit Beratungs-
und Schulungskonzept**

Dr. Eva-Maria Beck (Hg.)



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Veröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin im Oktober 2020.



Health Care Professionals –
Bachelor Interprofessionelle
Versorgung und Management (HCP)

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Förderkennzeichen: 160H22043



Dieses Werk steht unter der [Lizenz Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International \(CC BY-NC-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Entwicklung des Bachelorstudiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online (kurz: IGo)

Eine Handreichung zum Inhaltlichen Aufbau mit Beratungs- und Schulungskonzept

Dr. Eva-Maria Beck (Hg.)

Projekt: Health Care Professionals – Bachelor Interprofessionelle Versorgung und Management (HCP)

Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“

Projektzeitraum: 01.08.2014 – 30.09.2020

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, und Forschung unter dem Förderkennzeichen 160H22043 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim Autor/bei der Autorin.

Inhaltsverzeichnis

1. Projektbeschreibung.....	3
1.1 Projektziel	3
1.2 Studiengangentwicklung	3
2. Studienformat.....	4
3. Lehrendenberatung	4
4. Studierendenberatung	5
5. Anhang.....	5
Schulungskonzept	5
Lehrendenleitfaden	5
Studienlaufbahnberatung.....	5
Studienbegleithefte zu Modulen des Kommunikationsstrangs.....	5
Studienbegleithefte zu Modulen des Strangs Management interprofessioneller Versorgung	5
Studienbegleithefte zu Modulen des Strangs System Gesundheit und Akteur_innen.....	5
Studienbegleithefte zu Modulen des Wissenschaftsstrangs	5

1. Projektbeschreibung

1.1 Projektziel

Ziel war es, einen berufsbegleitenden, online-basierten Bachelorstudiengang für Berufstätige aus den Gesundheitsfachberufen der Therapie (Physio-, Ergotherapie, Logopädie) und Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege, Kindergesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) zu entwickeln und an einer öffentlichen Hochschule ohne Studiengebühren zu etablieren.

Zunehmende Multimorbidität, gesellschaftliche Umbauprozesse und ein exponentielles Anwachsen digitaler Möglichkeiten erfordert stärkere Zusammenarbeit und Abstimmung in der Gesundheitsversorgung, sodass interprofessionelle Kompetenzentwicklung als übergeordnetes Lernziel, Form und Inhalte des zu konzipierenden Studiengangs maßgeblich beeinflusst.

Beruflich Qualifizierte aus den Gesundheitsfachberufen, mit und ohne Abitur, sollen die Möglichkeit der Weiterqualifizierung erhalten, bei verbleibender Beschäftigung und gleichzeitigen familiären Verpflichtungen. Der Studiengang stellt neben der beruflichen Primärqualifizierung ein weiteres Angebot zur Öffnung von Akademisierungswegen für Pflege- und Therapieberufe dar.

1.2 Studiengangentwicklung

Auf Basis durchgeführter Grundlagenforschung in Form von quantitativen und qualitativen Zielgruppenbefragungen und einer umfassenden Marktanalyse, wurden die Inhalte und das Format entwickelt:

- Festlegung der Studienbereiche, der Lernoutcomes und Modulinhalte
- Entwicklung des Curriculums mit innovativen kompetenzorientierten Prüfungsformen
- Theorie-Praxis-Verschränkung
- Entwicklung des Studienformats
- Erstellung der Zugangs- und Zulassungsordnung, der Studien- und Prüfungsordnung
- Entwicklung eines Anrechnungsverfahrens außerhochschulisch erworbener Kompetenzen

- Expert_innenverpflichtung zur Entwicklung multimedialer Studienbegleithefte
- Entwicklung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Studierenden
- Gründung eines Praxisbeirats
- Entwicklung eines Konzepts zur kollegialen Unterstützung
- Individuelle Anleitung Lehrender bei Webkonferenzen, Schulung der Expert_innen
- Entwicklung eines Evaluations- und Qualitätssicherungskonzeptes

Nach der Entwicklungsphase folgte eine Erprobungsphase mit 33 Pilotstudierenden, die in die kontinuierliche Evaluation einbezogen wurden. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde der workload für die berufsbegleitend Studierenden angepasst und der Anteil zeitlich flexiblen Studierens erhöht.

2. Studienformat

Insgesamt können in sechs Semestern 180 Credit Points erworben werden, dabei wird der erfolgreiche Abschluss nach dreijähriger Ausbildung pauschal mit 60 Credit Points angerechnet.

Studiert werden i.d.R. zwei Module parallel über 10 Wochen online und schließen in einer gemeinsamen Präsenz an der Hochschule von Freitag bis Sonntag einschließlich ab. Die Präsenz dient der thematischen Vertiefung und dem sozialen Austausch. In dieser Zeit finden auch die verpflichtenden Studienlaufbahnberatungen mit Reflexion des persönlichen Lernprozesses statt. Die interprofessionelle Kompetenzentwicklung findet durch kollaborative Aufgabenbearbeitung in interprofessionellen Gruppen statt, die sowohl synchron als auch asynchron angelegt sind. Die zehn Arbeitswochen eines Moduls beschäftigen sich mit jeweiligen Teilthemen, angereichert mit Literatur, Verlinkungen, Videos und abgestimmt mit den zu bearbeitenden Wochenaufgaben.

3. Lehrendenberatung

Lehrende müssen in die studiengangspezifisch formatierte Lernplattform Moodle, auf der die Module des Studiengangs abgebildet wurden eingeführt werden, die digitalen Tools technisch und in ihren didaktischen Anwendungsmöglichkeiten kennenlernen. Präsenzlehre ist nicht eins zu eins in Onlinelehre übertragbar, sodass es hier neuer Einübung und Erprobung bedarf.

Dazu wurden ein allgemeines Schulungskonzept zur Unterstützung in die Onlinelehre und ein spezifischer Lehrendenleitfaden für den Studiengang entwickelt.

4. Studierendenberatung

Die Studierenden erhalten zu Beginn ihres Studiums eine Einführung in den Umgang mit der Lernplattform, digitalen Tools aber auch Informationen und Tipps für den persönlichen Lernprozess. Diese fünf Wochen dauernde Modul wird vorgeschaltet, damit in den folgenden Modulen die Aufmerksamkeit auf den Inhalten liegen kann.

Die kontinuierlich durchgeführte Studienlaufbahnberatung unterstützt die Studierenden in ihrem persönlichen Lernverlauf über das Studium hinweg.

5. Anhang

Hier finden Sie folgende Dokumente:

[Schulungskonzept](#)

[Lehrendenleitfaden](#)

[Studienlaufbahnberatung](#)

[Studienbegleithefte zu Modulen des Kommunikationsstrangs](#)

[Studienbegleithefte zu Modulen des Strangs Management interprofessioneller Versorgung](#)

[Studienbegleithefte zu Modulen des Strangs System Gesundheit und Akteur_innen](#)

[Studienbegleithefte zu Modulen des Wissenschaftsstrangs](#)

Projekt

Health Care Professionals (HCP) – Bachelor Interprofessionelle Versorgung und Management

Schulungskonzept

für die (medien-) didaktische Weiterentwicklung von Lehrkompetenzen für Lehrende und Modulentwickler/-innen im Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online“ (IGo)

Stand: 01.04.2020

1 Einleitung

Von August 2014 bis Januar 2018 wurde der Bachelorstudiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ im Rahmen des Programms „Offene Hochschule – Aufstieg durch Bildung“ des BMBF im Projekt „Health Care Professionals (HCP)“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) konzipiert und in einer zweiten Förderphase (2018-2020) mit Pilotstudierenden erprobt und evaluiert. Das Studienangebot wird ab Wintersemester 2020 als regulärer Studiengang an der ASH angeboten. Den technischen Support und mediendidaktischen Austausch erhält der Studiengang über die Anbindung im Verbund „Virtuelle Fachhochschule“(VFH).

Bei IGo handelt es sich um einen berufsbegleitenden onlinebasierten Studiengang, welcher im Blended Learning Konzept durchgeführt wird. Der Großteil der Wissen- und Kompetenzvermittlung findet online statt und wird durch sinnvoll abgestimmte Präsenzphasen zur Vertiefung und Weitung ergänzt. Um die notwendigen Kompetenzen für die Online-Lehre sicher zu stellen, wurde parallel zur Konzeption des Studiengangs ein Schulungskonzept für Lehrende und Modulentwickler_innen entwickelt.

Das Schulungskonzept orientiert sich an eigens dafür erhobenen Daten zum Medieneinsatz von Lehrenden an der ASH, ihren Qualifizierungsbedarfen sowie an den zur Durchführung benötigten Kompetenzen der Lehrveranstaltungen im Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ und den Evaluationsergebnissen. Das Kon-

zept soll Lehrende und Modulentwickler_innen systematisch auf die Online-Lehre im Studiengang vorbereiten und dafür qualifizieren. Abschließend werden Empfehlungen formuliert, wie Lehrende kontinuierlich und nachhaltig (medien-) didaktisch unterstützt werden können.

2 Rahmenbedingungen des Studienangebots

Das Studienangebot „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ umfasst insgesamt 180 Credit Points (CTS), wovon den Studierenden 60 CTS für den erfolgreichen Abschluss der dreijährigen Berufsausbildung pauschal angerechnet werden. Die anderen 120 CTS sind gleichmäßig auf sechs Semester verteilt und werden modular angeboten. In jedem Semester werden i.d.R. vier Module gelehrt bzw. studiert wovon maximal zwei parallel stattfinden, um eine berufsbegleitende Studierbarkeit zu ermöglichen. Dazu werden die Module auf i.d.R. zehn Wochen geblockt und enden mit einer maximal zehnstündigen Präsenzphase pro Modul an der Alice Salomon Hochschule. Drei Viertel der Lehre wird durch Online-Lehre abgedeckt. Hierbei werden je nach didaktischem Konzept der Lehrveranstaltung die Lernplattform Moodle, das Konferenzsystem Adobe Connect und das E-Portfoliosystem Mahara genutzt. Die Einbindung weiterer Online-Tools seitens der Lehrenden ist möglich, sollte allerdings mit der Wissenschaftsmanagerin für Lehre im Studiengang abgestimmt werden. Das didaktische Design des Studiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online“, setzt spezifische strukturelle, technische und methodisch-didaktische Kompetenzen bei den Lehrenden voraus.

3 Schulungskonzept

Das Schulungskonzept nutzt die Ergebnisse einer Lehrendenbefragung, beschreibt Lernergebnisse für die Teilnehmenden der Schulung und Beratung und geht anschließend auf die angebotenen Schulungs- und Beratungsformen ein.

3.1 Ergebnisse aus der Lehrendenbefragung

Das Schulungskonzept des Studiengangs berücksichtigt auf der Grundlage einer 2016 an der ASH durchgeführten Lehrendenbefragung, die von Lehrenden präferierten Weiterbildungsformen. An dieser Untersuchung beteiligten sich 93 Lehrende unterschiedlicher Statusgruppen (Professoren_innen, Gastdozenten_innen, Lehrbeauftragte). Auf die

Frage, welche Weiterbildungsformen von den Lehrenden überwiegend in Anspruch genommen werden, zeigten knapp 30% der Befragten eine Präferenz dafür, sich autodidaktisch weiterzubilden. Weitere 26,7% bilden sich vorwiegend über den kollegialen Austausch weiter und organisierte Weiterbildungsangebote werden von 23,3% in Anspruch genommen. Im Schulungskonzept des Studiengangs werden diese Ergebnisse berücksichtigt und entsprechend unterschiedliche Angebote benannt.

3.2 Lernergebnisse der Schulung

Im Folgenden sind Lernergebnisse formuliert, welche Lehrende oder Modulentwickler_innen dazu befähigen, die Lehre im Rahmen eines Blended Learning Konzepts zu konzipieren und/oder umzusetzen. Das Schulungskonzept ist so gestaltet, dass die Lernergebnisse durch unterschiedliche Lernformen und persönliche Präferenzen (Teilnahme an einem Schulungsangebot, mediendidaktische oder kollegiale Beratung, autodidaktische Angebote) seitens der Lehrenden oder Modulentwickler_innen erreicht werden können.

Die Lehrenden sind nach der Teilnahme am Schulungsangebot in Verbindung mit den Modulanforderungen in der Lage,

- ihre Lehrveranstaltungen eigenständig auf der Lernplattform Moodle zu aktualisieren, zu bedienen und zu betreuen.
- das Konferenzsystem Adobe Connect eigenständig zu nutzen und Webinare interaktiv durchzuführen.
- das E-Portfoliosystem Mahara eigenständig einzusetzen und zu bedienen.
- geeignete Tools für ihre Lehre auszuwählen und einzusetzen.
- mediendidaktische Lehr-/Lernszenarien zu planen, durchzuführen und zu evaluieren.
- sich eigenständig Hilfe und Beratung bei (medien-) didaktischen Problemen zu organisieren.
- den Studierenden bei Bedarf erste Hilfestellungen zu technischen Problemen zu geben.

3.3 Schulungskonzept für Lehrende und Modulentwickler/-innen

Da die notwendigen methodisch-didaktischen Kompetenzen für Lehrende und Modulentwickler_innen ähnlich sind, werden im vorliegenden Schulungskonzept diesbezüglich

keine inhaltlichen oder strukturellen Unterschiede gemacht. Das Konzept berücksichtigt bereits erworbene digitale Lehrkompetenzen der Lehrenden und ist so gestaltet, dass auf individuelle Schulungs- oder Beratungsbedarfe reagiert werden kann.

3.3.1 Schulungsangebote

Die Hochschule stellt den Lehrenden Unterstützungen zum Thema E-Learning bereit. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem technischen Umgang mit der Lernplattform Moodle und dem Umgang mit dem Konferenzsystem Adobe Connect.

Darüber hinaus haben Lehrende der ASH die Möglichkeit, an einem umfangreichen hochschuldidaktischen Weiterbildungsangebots des Berliner Zentrums für Hochschullehre (BZHL) teilzunehmen. Thematisch ist das BZHL breit aufgestellt und passt ihr Programm regelmäßig an aktuelle Entwicklungen der Hochschullehre und Weiterbildungsbedarfe an. Durch Kooperationsvereinbarungen sind die meisten Angebote des BZHL für Lehrende der ASH kostenfrei.

Notwendige individuelle und ergänzende Schulungen speziell für die Lehre im Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“, werden durch die Wissenschaftsmanagerin für Lehre und eingearbeitete Lehrende kollegial angeboten.

3.3.2 Autodidaktisches Angebot

Wie die Lehrendenbefragung zeigt, bilden sich etwa ein Drittel der Befragten vor allem autodidaktisch weiter. Der Studiengang IGo stellt dafür verschiedene Lernmaterialien in einem speziellen Lehrendenmoodle bereit. Insbesondere gehören dazu im Internet frei verfügbare und didaktisch gut aufbereitete Lernvideos. Anhand der Lernmaterialien können Lehrende ihren individuellen Lernprozess selbst steuern, an bereits erworbenes Wissen anknüpfen und den Umgang mit der Lernplattform, dem Webkonferenzsystem oder dem E-Portfoliosystem erlernen und ihre Kompetenzen weiter entwickeln.

3.3.3 Mediendidaktische Beratung

Die Wissenschaftsmanagerin des Studiengangs IGo ist Ansprechpartnerin zu den spezifischen methodisch-didaktischen Fragestellungen und bietet bedarfsweise Einzelfallberatungen für Lehrende an. Individuelle Herausforderungen und Fragestellungen können so

effektiv gelöst werden. Darüber hinaus können wiederkehrende Fragestellungen gebündelt werden und gezielte Informationen dazu im Lehrendeninformationsmoodle eingestellt werden.

3.3.4 Kollegiale Beratung

Zur mediendidaktischen Entwicklung und Weiterentwicklung liegt der Fokus auf dem kollegialen Austausch. Häufig stehen Lehrende vor ähnlichen Herausforderungen wie z.B. Besonderheiten der Zielgruppe, strukturelle Gegebenheiten, methodische oder inhaltliche Fragestellungen. Auf kollegialer Basis können sie sich gegenseitig beraten, inspirieren und unterstützen, sowohl studiengangintern als auch hochschulweit. Der Austausch und die kollegiale Beratung werden vom Studiengang aktiv unterstützt und gefördert.

4 Empfehlungen für die Entwicklung und Durchführung des Online-Studiengangs:

1. Durchführung regelmäßiger (Lehrenden-) Konferenzen

Regelmäßige Lehrendenkonferenzen fördern den Austausch unter den am Studiengang beteiligten Lehrenden und sollten mindestens einmal im Semester durchgeführt werden. Gegenstand des Austausches sind aktuelle Fragen zur Durchführung sowie Planungen von Lehrveranstaltungen und die Evaluationsergebnisse der zuletzt abgeschlossenen Module. Der zeitliche Rahmen dieser Veranstaltungen sollte zwei Zeitstunden nicht überschreiten. Die Organisation liegt bei der Studiengangkoordination in enger Abstimmung mit der Studiengangsleitung.

2. Vernetzung von Lehrenden

Über die Lehrendenkonferenzen hinaus wird der aktive selbst organisierte Austausch unter den Lehrenden angeregt. Dazu gehört, dass Lehrende einen Überblick haben, welche anderen Lehrenden in den Studiengang eingebunden sind und wo mögliche inhaltliche Berührungspunkte zu anderen Modulen bestehen. Der Austausch der Lehrenden wird durch digitale Austauschmöglichkeiten (Forum, Webkonferenzraum, Chat) unterstützt.

3. Durchführung von Studentagen/ Dozent_innenkonferenzen

Für den inhaltlichen und didaktischen Austausch ist es sinnvoll, einmal im Jahr einen Studentag durchzuführen. Hierbei geht es konkret um die inhaltliche Weiterentwicklung

von Modulen, die Bearbeitung von (medien-)didaktischen Herausforderungen, die Vermittlung neuer technischer Innovationen und (bildungs-)wissenschaftlicher Erkenntnisse zu aktuellen Lehr- und Lernformen sowie die Förderung des kollegialen Austauschs. Die inhaltliche Organisation der Studientage liegt bei der Wissenschaftsmanagerin des Studiengangs in Absprache mit der Studiengangleitung.

4. *Kollegiale Anbindung von neuen Lehrenden*

Neue Lehrende sollten feste Ansprechpartner_innen z.B. Modulstrangverantwortliche oder andere bereits erfahrene Lehrende zugewiesen bekommen. Diese können auf kollegialer Basis Hilfestellungen zum Studieninhalt, zur Fachdidaktik oder zur Mediendidaktik bieten. Um einen reibungslosen Modulablauf zu gewährleisten, erhält jede_r Lehrende einen Lehrendenleitfaden für den Studiengang ausgehändigt.

5. *Beratung zum aktuellen Schulungsangebot*

Neben einem individuellen Coaching von Lehrenden, werden durch die Wissenschaftsmanagerin aktuelle Schulungs- und Weiterbildungsangeboten im Lehrendeninfirmationismoodle zur Verfügung gestellt. Zu Beginn des Lehrauftrags soll das allererste Webinar mit der Wissenschaftsmanagerin im Studiengang didaktisch und strukturell vorbesprochen werden.

6. *Bereitstellung eines aktuellen autodidaktischen Angebots an der Hochschule*

Für die Lehrenden stellt die Hochschule im Rahmen der Digitalisierung ein Moodle mit aktuellen autodidaktischen Weiterbildungsangeboten zur Verfügung. Dieses wird auf dem Server der ASH vorgehalten und den Lehrenden zugänglich gemacht.

5 Zusammenfassung

Die unterschiedlichen Schulungs- und Beratungsformen sollen Lehrende in ihrer individuellen Weiterentwicklung von (medien-) didaktischen Lehrkompetenzen unterstützen. Ebenso sind sie dazu aufgerufen, eigene (medien-) didaktische Lernszenarien im Rahmen der kollegialen Beratung oder an Studientagen vorzustellen. Je nach Bedarf und zeitlichen Ressourcen haben die Lehrenden die Möglichkeit, das passende Angebot für sich in Anspruch zu nehmen. Während die Teilnahme an den Lehrendenkonferenzen und den

Studientagen für alle Lehrenden im Studiengang verbindlich sind, können weitere Schulungsangebote freiwillig genutzt werden. Lehrende sind allerdings dazu verpflichtet, das didaktische Design des Studiengangs und die auf ihre Module abgestimmten Lehr/- und Lernformen in ihrer Lehre umsetzen.

Leitfaden für Lehrende im Bachelorstudiengang

„Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ (IGo)

Historie

Die Entwicklung des Studiengangs wurde als Projekt Health Care Professionals (HCP) durch das BMBF über den Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ gefördert und fand in einem strukturierten dreijährigen Forschungs- und Entwicklungsprozess (01.08.2014 bis 31.01.2018) statt. Nach der Durchführung einer ausführlichen Bedarfsanalyse durch quantitative und qualitative Befragungen inklusive dreier Expert_innenworkshops und ausführlicher Literaturrecherchen wurden Studiengangsthemen formuliert und Lernergebnisse festgelegt. Die Relevanz der Studiengangsinhalte für die Berufspraxis wurde im fortlaufenden Prozess mit dem Praxisbeirat des HCP-Projekts diskutiert. In einer anschließenden 30-monatigen Pilotphase (01.02.2018 bis 31.07.2020) mit einmaliger Studierendenaufnahme im WiSe 2018/19 wurden Struktur, Inhalte, Mediendidaktik und Workload erprobt und angepasst.

Besonderheiten des Studiengangs

Die Zielgruppe des Studiengangs sind beruflich qualifizierte Pflegekräfte, Physio- und Ergotherapeut_innen und Logopäd_innen mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung. Es handelt sich also um sogenannte nicht-traditionelle Studierende, deren besondere Bedürfnisse z.B. durch die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Familienaufgaben und Studium berücksichtigt werden müssen. Dies hat Auswirkungen auf das Studienformat, z.B. den Workload pro Woche, Webkonferenzen in den frühen Abendstunden und Präsenzveranstaltungen an Wochenenden. Langfristige Terminvereinbarungen und Abgabefristen und verlässliche Erreichbarkeit sind für die Zielgruppe des Studiengangs von besonderer Bedeutung, um möglichst flexibel das Studium und die individuellen Lebensumstände aneinander anpassen zu können. Um Studierbarkeit zu gewährleisten, umfasst ein Semester 20 Kalenderwochen, die reduzierten Präsenzzeiten (i.d.R. eine Präsenzzeit

pro Modul) finden von Freitag bis Sonntag statt, Webkonferenzen werden in den frühen Abendstunden angeboten.

Inhaltliche Ausrichtung

Die Studieninhalte gliedern sich in vier inhaltliche Studienbereiche auf (siehe Abb. 1), deren Module jeweils semesterweise aufeinander aufbauen und gleichzeitig inhaltliche Verknüpfungen zu Modulen der anderen Studienbereiche vorsehen.

Der „rote Faden“ der interprofessionellen Zusammenarbeit „webt“ sich sowohl inhaltlich als auch didaktisch durch alle Module. So sind z.B. von den Studierenden interprofessionell zu erledigende Aufgaben (e-tivities) von besonderer Bedeutung. Alle Berufsgruppen müssen sich von den Aufgaben, gewählten Beispielen und der Literatur angesprochen fühlen. Beispiele aus der Praxis sollen dazu anregen, mit-, von- und übereinander zu lernen. Nach Beendigung des Studiums sollen die Studierenden in der Lage sein, interprofessionelle Konzepte in der Praxis umzusetzen, weiter zu entwickeln und berufs- und sektorenübergreifend auch mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem zusammenzuarbeiten.

Der „rote Faden“ der Theorie-Praxis-Verzahnung spielt ebenfalls eine große Rolle. Die Modulinteraktionen „leben“ von und mit den eingebrachten Berufserfahrungen der Studierenden, die ausgetauscht, kritisch reflektiert, mit Forschungsergebnissen unterlegt wiederum in die Arbeitsfelder der berufsbegleitend Studierenden gelangen. Die Studierenden sollen motiviert werden, auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und den Anforderungen der Praxis selbst zukunftsorientierte Konzepte umzusetzen oder neu zu entwickeln.

Gleichstellung und Diversity sind wichtige Bestandteile des Leitbildes der Hochschule und werden in allen Modulen des Studiengangs thematisiert, fokussiert in Modul C4 „Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit“.

Semester	Bachelorstudiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online				CP
VI		B6 Gesundheit u. Ökonomie 8 CP	C6 + D6 Bachelor- Arbeit mit Kolloquium 12 CP		20
V	A5 Beratung und Schulung 5 CP	B5 Wahlpflichtfach Interprofessionelle Versorgung: Gerontologie, Neurologie oder Pädiatrie 5 CP	C5 Lebenswelten und Gesundheit 5 CP	D5 Technik und Innovation im Gesundheitswesen 5 CP	20
IV	A4 Kommunikation und Selbstsorge 5 CP	B4 Gesundheitsförderung/ Prävention/Rehabilitation 5 CP	C4 Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit 5 CP	D4 Forschungsprojekt Praxis 5 CP	20
III	A3 Patientenorientierte Kommunikation 5 CP	B3 Interprofessionelle Gesundheitsversorgung 5 CP	C3 Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen und Epidemiologie 5 CP	D3 Qualitative Forschungsmethoden 5 CP	20
II	A2 Interprofessionelle Kommunikation 5 CP	B2 Einführung Interprofessionelle Gesundheitsversorgung 5 CP	C2 Ethik und Gesundheit 5 CP	D2 Quantitative Forschungsmethoden 5 CP	20
I	A1 Grundlagen der Kommunikation 5 CP	B1 Versorgungsstrukturen und Sozialrecht 5 CP	C1 Lernen im digitalen Zeitalter 5 CP	D1 Wissenschaftliche Grundlagen 5 CP	20
Studien- bereiche	A1-A4 Interprofessionelle Kommunikation	B1-B4 Management Interprofessionelle Versorgung	C1-C4 System Gesundheit und Akteure/Akteurinnen	D1-D4 Wissenschaftliche Kompetenz	
Anerkennungsmodule					60

Abbildung 1: Modularer Studienaufbau mit Studienbereichen

Studienformat

Jedes Modul läuft über insgesamt 10 Wochen online, wofür 30 Zeitstunden digitaler Kontaktzeit zur Verfügung stehen und schließt mit einer Präsenzphase an der Hochschule mit 10 Zeitstunden ab. Parallel werden immer zwei Module angeboten. Das Semester umfasst 20 Wochen, d.h. pro Semester laufen vier Module. Der Vielfalt der Lerntypen entsprechend, werden die Studienbereiche A und C, bzw. B und D innerhalb eines Semesters miteinander kombiniert.

Das Wintersemester beginnt am 01.10. eines Jahres und endet formal am 31.03. des darauffolgenden Jahres. Das Sommersemester beginnt am 01.04. und endet formal am 30.09. eines Jahres. Die vorlesungsfreien Zeiten von 2-4 Wochen schließen sich jeweils an die zwei Module beendende Präsenzphase an und weichen so von der Zeittaktung eines Präsenzstudiengangs ab.

Eine Präsenzphase an der Hochschule beginnt freitags um 10 bzw. 14 Uhr und endet sonntags um 14 Uhr. Die Präsenz dient der Vertiefung der im Modul zuvor erarbeiteten Inhalte und soll den Blick erweitern. Eine Exkursion während der Präsenz, die thematisch zu einem der beiden abschließenden Module passt, stärkt die Gruppenidentität und vertieft die Modulthematik noch einmal über andere Sinneseindrücke.

Modulstruktur

Ziel: nachhaltige Strukturen und Layout festlegen, in denen sich Studierende u. Lehrende in jedem Modul zurechtfinden¹.

Jedes Modul ist untergliedert in 10 Kalenderwochen (Ausnahme C1 u. A1) mit inhaltlichen Schwerpunkten und Online-Aktivitäten dazu, sog. e-tivities.

e-tivities sind Online-Aktivitäten, die die Studierenden in der Modullaufzeit zu bearbeiten haben. 60% der e-tivities eines Moduls müssen bearbeitet werden, dann gilt das Modul als aktiv teilgenommen. Ausnahmen sind e-tivities, die zu Prüfungsleistungen gehören. Hier gelten die vorab festgelegten und den Studierenden transparent gemachten Regelungen.

Neben Webkonferenzen können Sprechstunden angeboten werden mit optionaler Teilnahme. Sprechstunden, die vereinzelt stattfinden sollen, werden in der entsprechenden Kalenderwoche im Moodle platziert. Regelmäßig stattfindende Sprechstunden werden auf Moodle ganz oben im Organisationsblock platziert.

Achtung: Es bedarf der Abstimmung zwischen den beiden parallellaufenden Modulen. Innerhalb einer Kalenderwoche sollte nur eine synchrone Aktivität (z.B. entweder Webkonferenz oder synchrone Gruppenarbeit) angeboten werden!

Der Modulablaufplan vermittelt den Studierenden eine schnelle Übersicht über die Aufgaben und Terminsetzungen in den 10 Wochen Modullaufzeit.

¹ Styleguide s. Anhang

Was wird von den Studierenden abgehakt?

Hakensetzungen (manuell vorzunehmen oder automatisiert) geht in die Bearbeitungsquote über den Fortschrittsbalken ein.

- Sichtung des Modulablaufplanes: Abhaken durch die Studierenden.
- Webkonferenz: zum Abhaken durch die Studierenden, terminiert mit korrektem Veranstaltungsdatum, damit der Termin korrekt im Kalender erscheint.
- Pflichtliteratur: zum Abhaken durch die Studierenden in der Literatur-Übersicht.
- Wochenreflexion: zum Abhaken durch die Studierenden, terminieren bis Ende der darauffolgenden Woche.
- Bearbeitung von e-tivities (automatisch sobald Bearbeitung abgeschlossen).

Kommunikation

Der Studiengang IGo arbeitet mit Kontaktzeiten (Angabe in Zeitstunden), statt der üblichen Unterteilung in Präsenz- und Selbstlernzeiten. Kontaktzeiten beinhalten das Bearbeiten der aktuellen Thematik im Studienbegleitheft als Arbeitsmaterial, die damit verbundene Bearbeitung von Aufgaben, Diskussionen in Foren, Teilnahme an Webkonferenzen oder die tatsächliche Präsenz an der Hochschule. Pro Modul ergibt sich i.d.R. eine Kontaktzeit von 40 Zeitstunden. Die dazugehörige Selbstlernzeit pro Modul mit i.d.R. 110 Stunden beinhaltet das Vertiefen von weiterführenden Fragestellung, Lesen von Pflichtlektüre und/oder das Anfertigen von Prüfungsleistungen. Die wöchentliche Kontaktzeit darf den zeitlichen Rahmen von drei Zeitstunden nicht überschreiten.

Der Online - Austausch erfolgt ausschließlich über die generierten ASH-Adressen!

Es wird zwischen synchroner- und asynchroner Kontaktzeit unterschieden.

Synchrone Kontaktzeit bedeutet zeitgleiche Kommunikation zwischen Lehrenden und Studierenden, z.B. online in Form einer Webkonferenz bzw. einer Webkonferenz oder Chat und in der Präsenz an der Hochschule. Synchrone Kontaktzeit ist auch das Treffen der Studierendengruppen ohne Lehrende im Webkonferenzraum zur Bearbeitung einer Aufgabe (e-tivity).

Webkonferenzen und Sprechzeitenangebote müssen mind. vier Monate vor Semesterbeginn verbindlich mit der Studienkordinatorin abgestimmt werden.

Im Rahmen der Kontaktzeit sollen Webkonferenzen den zeitlichen Rahmen von 90 Minuten pro Einheit nicht überschreiten.

Asynchrone Kontaktzeit bedeutet zeitungleiche Kommunikation z.B. per Foreneintrag und Feedback oder als E-Portfoliobeitrag.

Foreneinträge der Studierenden und hochgeladene Arbeitsergebnisse aus e-tivities werden von den Lehrenden gelesen u. ggf. dem/der Einzelnen korrigierend rückgespiegelt.

Die schriftliche Wochenreflexion durch den/die Lehrende erfolgt bis Mittwoch der darauffolgenden Kalenderwoche für die vorangegangene Woche. Sie fasst die Kerninhalte des Wochenthemas zusammen, unter Einbezug der Studierendenbeiträge aus den Foren und anderen eingereichten Arbeiten. Ziel der Wochenreflexion ist es, den „roten Faden“ weiter zu spinnen und nichtteilnehmenden Studierenden einen schnellen und fundierten Wiedereinstieg zu ermöglichen.

Grundsätzlich gilt die 48 Stunden Rückmeldepflicht auf Studierendenanfragen!

Prüfungsleistungen (PL)

Zu Beginn eines Moduls müssen Prüfungsformat, Bewertungskriterien und Abgabefristen auf Moodle für die Studierenden hinterlegt sein. Lt. (Rahmenprüfungsordnung) RSPO ist eine Abgabe der PL bis Ende des Semesters ohne weitere Absprachen möglich.

Bei mehrteiligen Prüfungsleistungen ist jeder Einzelanteil zweimal wiederholbar. Muss eine Prüfungsleistung zum zweiten Mal wiederholt werden, muss ein anderes Prüfungsformat angeboten werden. Es gelten die Vorgaben der RSPO und der Studienordnung (SPO) des Studiengangs in ihrer aktuellen Fassung.

Studienlaufbahnberatung (SLB)

Die SLB ist fester Bestandteil der Kommunikationsmodule und mit zwei SWS professoraler Lehre ausgestattet. Alle Studierenden nehmen verbindlich in jedem Semester einen der angebotenen Termine wahr. Anleitung und Formulare zur Vor- und Nachbereitung für Lehrende und Studierende finden sich auf dem allgemeinen Studierendenmoodle, so auch die Termine.

Eckpunkte für Lehrende

Arbeiten vor Modulbeginn

- Lehrvereinbarungen treffen mit Studienkordinatorin zu Beginn des Vorseesters: Festlegung der synchronen Onlineangebote, Festlegung der Lehrzeiten für die Präsenz und ggf. spezifische Räume anmelden, Vereinbarungen für ggf. Exkursion in der Präsenz in Abstimmung mit Parallelmodul.
- Mit der Lehrbeauftragung, Beantragung einer ASH-Adresse (sofern nicht schon vorhanden).
- Im Falle der Erstbeauftragung im Online-Studiengang muss ein Erstcoaching vor Modulbeginn bzw. vor der ersten Webkonferenz mit der zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiterin durchgeführt werden.
- Freischaltung als Lehrende_r und Zugangsberechtigung für das Modul (über die wissenschaftliche Mitarbeiterin).

Fixes Zeitfenster für Anpassungen des Moduls auf der Lernplattform Moodle (bis spätestens vier Wochen vor Modulstart):

Überprüfen/aktualisieren von...

- hinterlegten Abgabedaten in allen einzelnen Moodle-Aktivitäten
- Prüfungsaufgabe u. Bewertungskriterien
- e-tivities
- Synchrone Angebote
- Literatur
- Links noch ansteuerbar?
- Multimediales Studienbegleitheft (u.a. auch Linküberprüfung)
- Modulablaufplan

Kurzes persönliches Kennenlernen der Studierenden während der Präsenz vor Modulbeginn (i.d.R. sonntags zw. 13 u. 14 Uhr).

In dem Mentorenkurs auf der Lernplattform finden Sie hilfreiche Hinweise rund um die Online-Lehre, u.a. Infos zu Moodle, Adobe Connect etc. Bitte schauen Sie in der Vorbereitungsphase Ihres Moduls dort vorbei.

Arbeiten während der Modullaufzeit

- Einstimmung ins Modul per Webkonferenz oder Kurzvideo
- Führen des Log-Buches
- Foreneinträge wöchentlich lesen u. ggf. direkt kommentieren
- Wochenzusammenfassung geben, dazu Foreneinträge u. andere Studierendenbeiträge einbeziehen u. würdigen
- Webkonferenzen müssen grundsätzlich aufgezeichnet werden. In der Vorbereitung steht Ihnen die wissenschaftliche Mitarbeiterin mit mediendidaktischen Ideen und technischen Hilfen zur Seite
- Überprüfung der Strukturtreue der Studierenden (Einhaltung der Termine, Bearbeitungsstand der e-tivities, Abhakens von Veranstaltungen vor Durchführung dieser....)

- Spätestens nach fünf Wochen die Bearbeitungsquoten der Studierenden überprüfen und ggf. Studierende gesondert anschreiben. Die Studierenden sind angehalten, Ausfallzeiten ihrerseits sowohl der/dem Lehrenden als auch der Studienkoordinatorin zu melden.
- Präsenz vorbereiten und Materialwünsche (Moderationskoffer, Moderationswände...) bei Studienkoordinatorin anmelden.
- Vorbereitung der Webkonferenzen.
- Bereitstellung einer Powerpoint-Präsentation, die für die Webkonferenz in AdConn hochgeladen wird.
- Ggf. Gruppenräume aufräumen.
- Chatverlauf löschen.
- Ggf. Befragungen, Gruppen usw. vorbereiten

Didaktische Vorbereitung der Webkonferenz mind. zwei Tage vor Durchführung. Sofern es Unterstützung bei der Vorbereitung Lehr-Lehr-Settings bedarf, bitte mind. drei Werkzeuge vor Durchführung Kontakt mit der wissenschaftlichen Mitarbeiterin aufnehmen.

Arbeiten am Ende der Modullaufzeit

- Ausfüllen des Evaluationsfragebogens am Ende des Moduls (nach der Präsenz).
- Aktive Teilnahme der Studierenden im LSF bescheinigen.
- Bewertung der Prüfungsleistungen und den Studierenden ein qualifiziertes Feedback geben.
- Eintragen der Noten im LSF.
- Aufbewahrung der Prüfungsleistungen und Feedback über ein Kalenderjahr.
- Veränderungsideen und Veränderungsnotwendigkeiten im Modul an die Wissenschaftliche Mitarbeiterin herantragen.
- Abgabe des Log-Buches an Wissenschaftsmanagerin.

Bachelorstudiengang

Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Projekt Health Care Professionals (HCP)

Studienlaufbahnberatung (SLB)

Leitfaden

Die Studienlaufbahnberatung (SLB) dient u.a. der im BerIHG §28 vorgeschriebenen Förderung des Studienerfolges und der Unterstützung der Studierenden beim Erreichen der Studienziele. Es ist zu berücksichtigen, dass sich die SLB im Sinne der Studienberatung und Studienprozessbegleitung zwischen Bildungsberatung und Lernberatung befindet, der jedoch auf Grund der Komplexität der einzelnen Felder Grenzen gesetzt sind. Je nach individuellen Bedürfnissen kann es notwendig sein, dass die Studierenden sich über die SLB hinaus, zusätzlich professionelle Beratungsangebote einholen müssen.

Allgemeine Hinweise

- Die SLB findet für jede_n Studierende_n einmal pro Semester während den Präsenzphasen statt.
- In der Regel stehen dafür 15 Minuten zur Verfügung.
- Damit innerhalb dieses Zeitrahmens eine individuelle Beratung stattfinden kann, ist eine Vorbereitung von Seiten der Studierenden und Dozierenden auf die Gespräche notwendig.
- Sämtliche Dokumente der SLB sind in einem e- Portfolio abzulegen.
- Die angebotenen Fragen im Fragenkatalog dienen zur Hilfestellung für die Studierenden, um in einer Vorauswahl Schwerpunktthemen für die jeweilige Beratung zu finden. Es ist nicht notwendig und nicht möglich, alle angebotenen Fragestellungen in jedem Gespräch zu bearbeiten. Ebenso können die Studierenden eigene Fragestellungen zu den einzelnen Fragekomplexen einbringen.
- Für die SLB werden mit Vor- und Nachbereitung im Sinne eines reflexiven Prozesses 2 SWS veranschlagt.
- Die SLB ist laut Studien- und Prüfungsordnung verpflichtender Bestandteil der Module A1 – A5 des Studienbereiches Interprofessionelle Kommunikation
- Für die Lehrenden ist zu berücksichtigen, dass sämtliche Dokumente der Studienlaufbahnberatung vertraulich zu behandeln sind und aus Datenschutzgründen ausschließlich auf dem ASH Server oder papierbasiert in der ASH aufbewahrt werden dürfen.

Lernziele der SLB

Die Studierenden sollen lernen...

- Ein Reflexionsportfolio zu führen und den Reflexionskreislauf nach Fred Korthagen (Kortenhagen 2002) zu verstehen.
- Das Erreichen der Lernziele selbst reflexiv einzuschätzen und Schlussfolgerungen zu ziehen (Welche Ziele wurden erreicht oder sind noch offen, welche eigenen Lernziele konnten bisher erreicht werden) und den Reflexionskreislauf anzuwenden
- Ihr Selbstmanagement als ein Prozess zu verstehen, der darauf abzielt, ein Gleichgewicht in Bezug auf sich selbst und andere zu erreichen. Drei Prinzipien:
 - o Bewusstsein von dem, was ich will,

- Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln bzw. Nichthandeln,
- sich klare Ziele setzen, die herausfordernd genug aber auch machbar sind.
- Einen persönlichen Entwicklungsplan (PEP) zu erstellen
- Ihr persönliches Zeitmanagement zu entwickeln
- Ihre Studienbeteiligung kritisch zu reflektieren
- Sich erreichbare Ziele zu setzen und die nach SMART Kriterien zu formulieren.

Ziele der Studienlaufbahnberatung – Einzelgespräch

- Klärung der persönlichen Studiensituation
- Klärung von Unterstützungsbedarfen
- Setzen neuer Ziele
- Austausch über allgemeine Zufriedenheit mit dem Studium
- Präsentation des Portfolios
- Gespräch über Stärken und Schwächen der/ des Studierenden
- evtl. Austausch über persönliche Lebenssituation / Probleme, die sich auf das Studium auswirken
- Erstellung bzw. Evaluation des persönlichen Entwicklungsplans (PEP) (Erstellen des 1. bzw. Protokoll Evaluation der letzten Studienlaufbahnberatung)
- Dokumentation im PEP und im Fragebogen durch die Studierenden

1. Organisation

- Mögliche Auswahltermine werden 3 Monate vorher in moodle bekanntgegeben und die Studierenden tragen sich selbstständig ein.
- Das Portfolio inklusive des PEP und der Gesprächsvorbereitungen der Studierenden auf die jeweilige Beratung werden spätestens zwei Wochen vor Gesprächstermin bei der/dem Lehrenden eingereicht.
- Bei Bedarf erfolgt ein Austausch im Studiengangteam über Studierende
- Zur Gesprächsvorbereitung sollte die/der Lehrende das Portfolio inklusive PEP, Fragebogen, letzter Dokumentation der SLB und des Gesprächsprotokolls lesen und in die Version für Lehrende eigene Einschätzungen dokumentieren.

2. Durchführung und Dokumentation

- Zwei Wochen nach Gespräch wird die Dokumentation der Studienlaufbahnberatung und der PEP von der/dem Studierende_n bei der/dem beratenden Lehrenden eingereicht.

Literatur:

Korthagen, F. A. J. et al. (Hrsg.) 2002: Schulwirklichkeit und Lehrerbildung. Reflexion der Lehrtätigkeit. EB-Verlag, Hamburg.

Gesetz über die Hochschulen im Land Berlin (Berliner Hochschulgesetz - BerlHG) in der Fassung vom 26. Juli 2011. § 28 Förderung des Studienerfolgs, Studienberatung. Zugriff am 11.06.2018 unter

<http://gesetze.berlin.de/jportal/?quelle=jlink&query=HSchulG+BE+%C2%A7+28&psml=bsbeprod.psml&max=true>

Vorbereitung Studienlaufbahnberatung Studierende (Stand: 11.06.2019)

Name Studierende/r: _____

Datum: _____

Zielsetzung der Studienlaufbahnberatung

Reflexion der Studiensituation im letzten Semester einschließlich Evaluation des letzten PEP

Setzen neuer persönlicher Entwicklungsziele (Dokumentation des neuen PEP)

Vorbereitung der/ des Studierenden

1. Letzten persönlichen Entwicklungsplan (PEP) evaluieren, siehe Fragenkatalog
2. Fragenkatalog Studienlaufbahnberatung und neuen PEP ausfüllen
3. Portfolio mit neuem ausgefülltem PEP, ausgefülltem Fragekatalog zwei Wochen vor dem Gesprächstermin bei der/den Dozierenden einreichen

Zur Studienlaufbahnberatung mitbringen

1. eingereichtes Portfolio mit:

Neuem ausgefüllten PEP

Ausgefülltem Fragenkatalog

2. Sonstige Anliegen / Fragen

Fragenkatalog Studienlaufbahnberatung (Vorbereitung Studierende)

1. Ziel: Was wünschen Sie sich von diesem Gespräch?

2a. Allgemeine Zufriedenheit / Bisherige Entwicklung

Mein wichtigstes Anliegen für heute ist....

Aus dieser Aufgabe/Situation/Erfahrung habe ich im letzten Semester besonders viel gelernt....

Diese Erfahrung im letzten Semester hat mich besonders irritiert...

2b. evtl. Austausch über persönliche Lebenssituation / Probleme, die sich auf das Studium auswirken

3. Reflexion über die Entwicklung:

Ich habe bisher in folgenden Bereichen des Studiums erreicht....

Das Lernen macht mir am meisten Freude, wenn...

Große Schwierigkeiten hat mit bereitet...

Ich stecke fest....

Für das kommende Semester wünsche ich mir:

4. Evaluation des letzten persönlichen Entwicklungsplans (ab der 2. SLB)

Ich habe diese gesetzten Ziele erreicht:

→ Folgendes hat mich dabei unterstützt:

Ich habe diese gesetzten Ziele nicht erreicht:

→ Folgendes hat mich daran gehindert:

Ich benötige Unterstützung in/bei:

5. Was möchte ich außerdem in der Studienlaufbahnberatung ansprechen?

6. Das ist mein persönlicher Entwicklungsplan (PEP) für die nächsten sechs Monate:

Problem oder Entwicklungschance	Interventionen	Prozess	Meilenstein	Zeitraum
Was möchte ich verändern?	Wie mache ich es?	Wie überwache ich den Fortschritt?	Was soll dabei herauskommen?	Bis wann?
1.				
2.				
3.				

Vorbereitung Studienlaufbahnberatung (Lehrendenversion)

Name Studierende_r: _____ Datum: _____

Name Mentor_in: _____ SLB Nr.: _____

1. Zielsetzung der Studienlaufbahnberatung

1.a Transparenz über Ablauf / (Mögliche) Inhalte des Gesprächs

- Vorbereitung auf das Gespräch und Klärung der individuellen Studiensituation auf Grundlage des eingereichten Portfolios und evtl. stattgefundenener Besprechung im Studiengangsteam
- Austausch über allgemeine Zufriedenheit mit dem Studium
- Präsentation des Portfolios
- Gespräch über Stärken und Schwächen der/ des Studierenden
- evtl. Austausch über persönliche Lebenssituation / Probleme, die sich auf das Studium auswirken
- Erstellung bzw. Evaluation des persönlichen Entwicklungsplans (Erstellen des 1. bzw. Protokoll Evaluation der letzten SLB)
- Setzen neuer Ziele
- Dokumentation in PEP und Fragebogen durch die Studierenden

1.b Ziel: Was wünscht sich der/die Studierende_r von diesem Gespräch?

2a. Notizen zur eingereichten bisherigen Entwicklung

„Das wichtigste Anliegen für heute ist.....“

„Aus dieser Aufgabe/Situation/Erfahrung hat der/die Studierende_r im letzten Semester besonders viel gelernt...“

„Diese Erfahrung im letzten Semester hat den/die Studierende_n besonders irritiert...“

2b. evtl. Austausch über persönliche Lebenssituation / Probleme, die sich auf das Studium auswirken

3. Notizen zur eingereichten Reflexion über die Entwicklung

„Der/die Studierende hat bisher in folgenden Bereichen des Studiums erreicht...“

„Das Lernen macht dem/der Studierenden am meisten Freude, wenn...“

„Große Schwierigkeiten hat ihm/ihr bereitet...“

„Der/die Studierende steckt fest...“

„Für das kommende Semester wünscht sich der/die Studierende... „

4. Notizen zur eingereichten Evaluation des letzten persönlichen Entwicklungsplans (ab der 2. SLB)

„Der/die Studierende hat diese gesetzten Ziele erreicht:...“

→ Folgendes hat den/die Studierende dabei unterstützt:

„Er/Sie hat diese gesetzten Ziele nicht erreicht:...“

→ Folgendes hat den/die Studierenden daran gehindert:

„Er/Sie benötige Unterstützung in/bei:“

5. Notizen zu eingereichter PEP



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul A1:
Grundlagen der Kommunikation

Impressum

Modulentwicklung:

Christiane Hoffschmidt (Dipl. Lehrlogopädin)

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



e-tivity/ Aufgabe



Definition



Tipp



Information



Podcast



Video



Austausch

Querverweis
Externer Link

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Willkommen.....	4
2. Überblick und Lernziele	4
3. Inhalt	6
3.1 Kommunikation und Kommunikationsmodelle.....	6
3.2 Rollenverständnis.....	23
3.3 Methoden und Techniken der Gesprächsführung	24
3.4 Konflikte und Konfliktlösung.....	35
4. Zusammenfassung	41
5. Literaturverzeichnis.....	424
6. Linkverzeichnis	47

1. Willkommen

Herzlich Willkommen zum Modul A1 Grundlagen der Kommunikation. Dieses Modul soll Sie befähigen, Ihre eigene berufliche Rolle zu reflektieren. Dies geschieht anhand von Theorie und von praktischen, auf Ihr Berufsfeld bezogenen Übungen. Sie lernen berufliche Kommunikationssituationen aus ihrer Berufserfahrung zu analysieren sowie eigene Kompetenzbedarfe zu erkennen und zu beschreiben. Sie lernen die Möglichkeiten der Arbeit mit dem E-Portfolio praktisch kennen und erstellen ein Reflexions- und Präsentationsportfolio. Dieses Modul beinhaltet ein E-Portfolio als Prüfungsleistung.

2. Überblick und Lernziele

In diesem Modul erarbeiten Sie sich die inhaltlichen Grundlagen für die weiteren Module A2 bis A5. Die Interprofessionelle Kommunikation stellt innerhalb des gesamten Studienverlaufs immer wieder eine bedeutende Rolle dar, da Elemente in anderen Modulen praktisch zum Einsatz kommen. Dieses Modul schließt mit einer Prüfungsleistung ab. Zudem ist die Durchführung aller e-tivities und die Dokumentation im E-Portfolio die Grundlage für das Bestehen dieses Moduls.

Das Modul A 1 beinhaltet folgende Lernziele:

Die Studierenden

...können die unterschiedlichen Möglichkeiten der Arbeit mit dem E-Portfolio anwenden

Definition E-Portfolio

- Aufbauend auf Theorieanteil zum Portfolio in C1
- praktische Anwendung und Einsatzmöglichkeiten
- Einbindung in die Lernplattform

... entwickeln ein Rollenbewusstsein und können ihre eigene Rolle reflektieren.

- Rollendefinition
- Aufgaben, Zuständigkeiten, Rechte/Pflichten der Rolle

- Unterscheidung/Abgrenzung Rolle/Individuum
- Mögliche Rollen eines Individuums
- (Interessens-)konflikte Rolle/Individuum
- Theorieteil mit Beispielen aus der Praxis belegen

...können gelungene Kommunikation beschreiben und analysieren.

- Grundlagen Kommunikation
 - Kommunikationsregeln (Ich- Botschaften, Sachebene, konkret.)
 - Verbale Kommunikation:
 - Encoder/Decoder-Model/4 Ebenen einer Nachricht
 - Kooperationsprinzip von H.P. Grice Konversationsmaxime
 - Klientenzentrierte Gesprächsführung Carl Rogers
 - nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik, Berührung, Verhalten, Körperhaltung, Parasprache, Distanz, Staffage,
 - Charakteristika
 - Funktionen
 - (in)kongruente Kommunikation
- Symmetrische/asymmetrische Kommunikation
- Fünf Kommunikationsaxiome von Paul Watzlawick
- Metakommunikation
- Theorieteil mit Beispielen aus der Praxis belegen

...können Techniken der Gesprächsführung anwenden

- Gesprächsformen: Smalltalk, Diskussion, Dialog, Konfliktgespräch...
- Direktive und nondirektive Gesprächsführung
- Kommunikationsförderer und –hemmer
- (Nach-)Fragetechnik: offene und geschlossene Fragen, W-Fragen, Entscheidungsfragen, Vergleichsfragen, Suggestivfragen, ...
- Gesprächstechniken: Aktives Zuhören, Paraphrasieren, Konfrontieren, Warten, Spiegeln, Zusammenfassen...
- Feedback (Regeln, Techniken)
- NLP

...können Konflikte in der beruflichen Kommunikation erkennen und analysieren

- Konfliktebenen
 - Sachebene: Zielkonflikte, Weg/Prozesskonflikte, Wertekonflikte, Rollenkonflikte, Verteilungskonflikte
- Offene und verborgene Konflikte

- Anzeichen und Auswirkungen von Konflikten
- Konfliktbewältigung
- Konflikt als Chance
- Theorieteil mit Beispielen aus der Praxis belegen

...können Techniken der Konfliktlösung anwenden

- Konfliktphasen: Diskussion, Überlagerung, Eskalation, Verhärtung
- Entscheidungstechniken
- Harvard-Konzept
- Problemlösungsstrategien
- Mediation

...können eigene Kompetenzbedarfe im Bereich Kommunikation ableiten und beschreiben

- Selbstreflektion Rolle und Individuum

3. Inhalt

3.1 Kommunikation und Kommunikationsmodelle

Was ist Kommunikation



Abbildung 1: Beispiel für Kommunikation



Abbildung 2: Beispiel für Kommunikation im Alltag

Kommunikation:



Kommunikation ist die Verständigung zwischen zwei oder mehrerer Menschen durch Sprache und Schrift und zu einem sehr großen Anteil non-verbal durch Mimik und Gestik. Tonfall und Rhythmus tragen ebenso zur Kommunikation bei. Kommunikation ist der Prozess der Übermittlung und Vermittlung von Informationen durch Ausdruck und Wahrnehmung von Zeichen aller Art.

Die Grundlage der Kommunikation besteht aus einem/einer **Sender_in**, der/die etwas mitteilen möchte. Hierzu sendet er/sie eine durch Zeichen

verschlüsselte Nachricht an den/die **Empfänger_in**. Der/Die Empfänger_in entschlüsselt die Nachricht, so dass eine Verständigung stattgefunden hat (Schulz von Thun, 2000). Die kommunikative Kompetenz ist ein Teil der sozialen Kompetenz.



Lesen Sie verpflichtend innerhalb dieses Kapitels aus Psychologie der Kommunikation (Röhner & Schütz, 2016) das Kapitel 2 „Klassische Kommunikationsmodelle“. Diese Literatur steht Ihnen als E-Book per Fernleihe über die ASH Bibliothek zur Verfügung.

Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver

Das Modell von Claude E. Shannon und Waren Weaver wurde 1940 zunächst rein technisch zur Informationsübertragung entwickelt. Beide Autoren arbeiteten in einer Telefongesellschaft. Das Modell sollte deshalb ursprünglich Übertragung und Empfang einer Nachricht darstellen und nicht die Botschaft (Röhner & Schütz, 2016). Ziel war die Verminderung von Störeinflüssen und die Optimierung der Kommunikation. Die Kommunikation beinhaltet nach Shannon und Weaver sechs notwendige Elemente, bei Störungen sogar sieben.

Tabelle 1: Die sieben notwendigen Elemente einer Kommunikation (Shannon & Weaver, 1949 in Röhner & Schütz, 2016)

1. Informationsquelle = Sender	Diese sucht eine Nachricht aus.
2. Sendegerät = Codierer	Die Nachricht wird übermittelt.
3. Signale	Diese werden übertragen.
4. Gerät	Dieses sendet die Signale
5. Adressat = Empfänger	Nimmt die Nachricht auf.
6. Empfangsgerät = Decodierer	Entschlüsselt die Nachricht.
7. Störungen	z.B. Hintergrundgeräusche

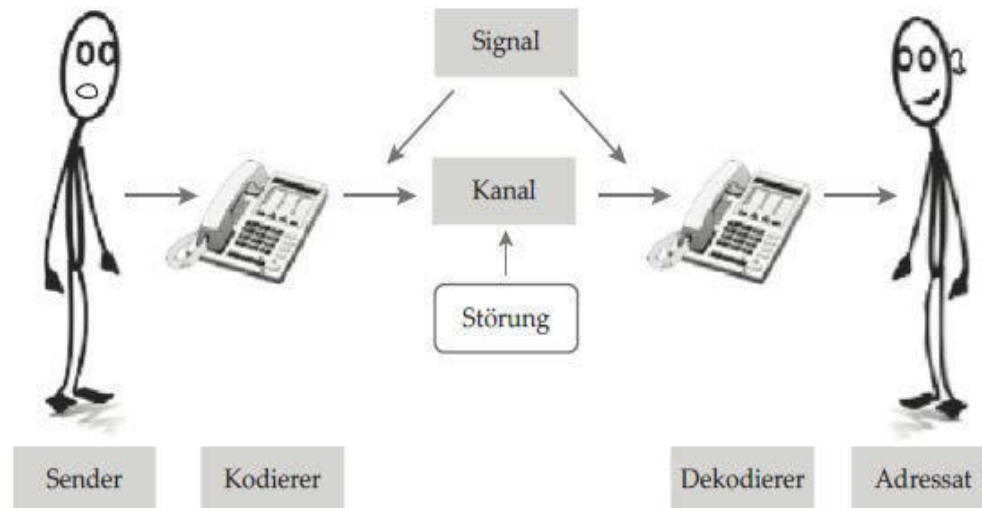


Abbildung 3: Elemente der Kommunikation nach Shannon and Weaver (1949) aus Röhner & Schütz (2016, S.22)



Schauen Sie sich das Plotagon Video mit Jessica und Samir an (<https://youtu.be/qFcc3fXCDIY>). Das Video zeigt das Sender-und-Empfänger-Modell als Film. Zwischen den beiden Figuren kann ein Kommunikationsaustausch stattfinden, weil sie sich gegenseitig Aufmerksamkeit schenken und die gleiche Sprache sprechen. Es gibt keine Störung durch Geräusche oder anderes. Dass Samir die zuletzt gesendete Nachricht nicht **decodieren** kann, liegt an der Tatsache, dass diese von Jessica undecodierbar gesendet wurde. Es war kein Kodierungsfehler. Samir wiederholt die empfangene Nachricht und will sich das Verständene bestätigen lassen. Dadurch, dass Jessica lacht, wird deutlich, dass die Nachricht ein weiterer Witz war und kein Decodierungsfehler. Kodierungs- und Decodierungsfehler können dazu führen, dass Nachrichten zu einer unerwarteten Reaktion führen.



e-tivity 1

Gestalten Sie ein Video zum Sender-Empfänger-Modell. (Dies kann eine eigene reale Aufnahme sein oder ein mit Plotagon erstelltes Video.) Wählen Sie ein Szenario: Entweder verläuft die Kommunikation der Personen störungsfrei oder es kann ein Störgeräusch oder ein Kodierungs- oder Decodierungsfehler auftreten. Laden Sie Ihre Videos (mit 1,5 bis 2,5 Minuten Länge) für die Lehrende und Mitstudent_innen sichtbar in Ihrem E-Portfolio hoch.

(Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)

Es gibt weitere Erklärungsansätze für die Kommunikation. Die beiden Bekanntesten werden im Folgenden dargestellt. Auf der genannten und verlinkten Website über Paul Watzlawick können Sie vertiefend nachlesen.

Die fünf Axiome der Kommunikation nach Paul Watzlawick



Watzlawick spricht von **5 metasprachlichen Axiomen**, die Kommunikation erklären.

1. Die Unmöglichkeit nicht zu kommunizieren
2. Die Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation
3. Die Interpunktion von Ereignisfolgen
4. Die digitale und analoge Kommunikation
5. Symmetrische und komplementäre Interaktion

Im Folgenden werden die fünf Axiome genauer erläutert:

Erstes Axiom: Es ist nicht möglich, nicht zu kommunizieren. Dies ist ein sogenanntes Grundgesetz der Kommunikation (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2011). Jedes Verhalten hat Mitteilungscharakter. Die Kommunikation bzw. das Material der Kommunikation beinhaltet zwar Worte, aber auch jede andere Art von paralinguistischen Phänomenen. D.h. die Kommunikation besteht neben Worten u.a. aus Mimik, Tonfall, Geschwindigkeit, Körperhaltung und Ausdrucksbewegung. Daraus folgt, dass keine Möglichkeit besteht, nicht zu kommunizieren, so sehr man es auch versucht. Watzlawick beschreibt, dass selbst schizophrene oder verhaltensauffällige Patient_innen kommunizieren, wenn sie schweigen oder regungslos sind (S. 60).

Das **zweite Axiom** behandelt den Inhalts- und Beziehungsaspekt der Kommunikation. Eine Mitteilung beinhaltet zunächst immer eine Information. Zudem enthält die Nachricht eine Mitteilung darüber, wie der Sender die Nachricht vom/von der Empfänger_in verstanden haben möchte (S. 61).

Die Interpunktion von Ereignisfolgen stellt nach Watzlawick, Beavin und Jackson das **dritte Axiom** dar. Kommunikation wirkt wie ein ununterbrochener Austausch an Informationen. Dieser muss jedoch durch jeden Teilnehmer eine Struktur bekommen. Der/die Sender_in bewirkt eine Reaktion vom/von der Empfänger_in, welche wiederum eine Reaktion von A bewirkt. Ein berühmt gewordenes Beispiel hierfür ist das Beispiel mit einem streitenden Ehepaar (siehe Abb. 3). Die Ehefrau nörgelt an ihrem Mann herum. Dieser zieht sich zurück und sie nörgelt:

Die Ehefrau geht davon aus, dass sie nörgelt, weil ihr Mann sich zurückzieht

Der Ehemann geht davon aus, dass er sich zurückzieht, weil seine Frau nörgelt.

Dies ist als Interpunktion oder ein Kreislauf darstellbar:



Abbildung 3: Axiom 3 - Ursache und Wirkung

<http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>

Axiom 4 beinhaltet die **digitale und analoge Kommunikation**. Beispielsweise kann ein Wort auf zwei verschiedenen Wegen vermittelt werden. Zum einen durch eine Zeichnung (analog) und zum anderen durch ein Wort (digital). Auch nonverbale Äußerungen sind analog, wie zum Beispiel ein Lächeln. Deshalb wird durch die analoge Kommunikation häufig die Beziehungsebene vermittelt, wogegen mit der digitalen Kommunikation der Inhalt der Nachricht ausgedrückt wird (Watzlawick, 2014). Analoge Kommunikation ist mehrdeutig und kann verschieden entschlüsselt werden. Watzlawick beschreibt in einem Beispiel die analoge Kommunikation: Die Eltern geben dem Kind ein Küsschen. Dieses kann bedeuten, dass sie das Kind sehr gerne haben aber auch, dass es sie jetzt in Ruhe lassen soll.

Das letzte und **fünfte Axiom** ist die symmetrische und komplementäre Interaktion. Beruhen die zwischenmenschlichen Beziehungen in einem Gleichgewicht, sind diese symmetrisch. Die Kommunikationspartner_innen sind sich dann in Stärke, Schwäche, Härte, Güte und jeglichem Verhalten ebenbürtig (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2011, S. 80). In der komplementären Beziehung gibt es dagegen zwei verschiedene Positionen.

Schauen Sie zur Vertiefung das 5-minütige Video [Die 5 Axiome der Kommunikation](#) nach Paul Watzlawick von *The BuddyCompany*.



e-tivity 2

Notieren Sie ein sich für Ihr Arbeitsumfeld typisches kurzes max. 2-minütiges Gespräch im E-Portfolio (mind. 1.000 Zeichen mit Leerzeichen). Ergänzen Sie dabei die verbalen Äußerungen durch nonverbale Kommunikation wie z.B. Gestik und Mimik (siehe Beispiel). Arbeiten Sie anschließend in Ihrem E-Portfolio für diesen Gesprächsausschnitt die fünf Axiome nach Watzlawick heraus. Diskutieren Sie Ihre Ergebnisse (Reflexionen, Erfahrungen beim Verfassen, Auswirkungen auf Ihren Arbeitsalltag etc.) in einer fünfköpfigen interprofessionellen Kleingruppe im Forum. Verfassen Sie mindestens drei qualifizierte Forenbeiträge. (Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)

Beispielgespräch:

Logopädin: Wissen Sie noch, wann Florian das erste Wort gesprochen hat?

Mutter: Mmh (schaut nachdenklich und reibt sich an der Stirn). Ich habe es zu Hause notiert, aber ich weiß es wirklich nicht genau. Er war viel später als mein älterer Sohn. Max. Der hat auf jeden Fall früher gesprochen. Ist das denn so wichtig?

Logopädin: Ich weiß, dass es immer schwer ist sich daran zu erinnern. Für mich ist es wichtig, um einschätzen zu können, ob die Sprachentwicklung von Beginn an langsamer war, als sie regulär sein sollte.

Mutter: Okay. Mein Sohn Max hat mit ca. 10 Monaten sein erstes Wort gesprochen. Das war nämlich „Oma“. Florian? Mmh (runzelt die Stirn)! Der hatte an seinem ersten Geburtstag noch nichts gesagt. Erst kurz danach. Reicht das an Informationen? Genauer weiß ich es jetzt wirklich nicht.

Das Kommunikationsmodell nach Friedemann Schulz von Thun



Nach dem **Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation von Schulz von Thun** (2000) beinhaltet jede Nachricht vier Seiten. Das Kommunikationsmodell wird auch das **Vier-Ohrenmodell** oder als Kommunikationsquadrat bezeichnet. Es spiegelt die vier Seiten einer Nachricht wieder, die jede Botschaft hat, egal ob der/die Sender_in das möchte oder nicht. Die Kommunikation wird dadurch störanfällig, aber auch interessant.

- **Sachinhalt** – worüber der/die Sender_in informiert: Jede Nachricht beinhaltet eine Sachinformation, im Modell blau dargestellt. Bei der Sachebene stellen Daten, Fakten und Sachverhalte den Inhalt dar.

- **Selbstoffenbarung** – was der/die Sender_in von sich selbst kundgibt: In jeder Nachricht sind Informationen über den Sender enthalten, im Modell grün dargestellt. Gefühle, Werte und Eigenarten werden übermittelt. Dies kann sowohl in einer Ich-Botschaft, als auch implizit erfolgen.
- **Beziehung** – was der/die Sender_in vom anderen hält und wie sie zueinander stehen: Die Beziehung zeigt sich häufig in Tonfall, in der gewählten Formulierung oder in Mimik, Gestik und Körperhaltung, im Modell gelb dargestellt.
- **Apell** – wozu der/die Sender_in den/der Empfänger_in veranlassen möchte: Jede Nachricht dient dazu den/der Empfänger_in zu veranlassen etwas zu tun, nicht zu tun, zu denken oder zu fühlen. Der Versuch kann offen oder versteckt sein. Ist er versteckt, spricht man von Manipulation. Der Apell ist im Modell rot dargestellt.

Wie Abbildung 3 darstellt, stammt eine Äußerung aus den sogenannten „vier Schnäbeln“ des Senders. Die Äußerung trifft auf die „vier Ohren“ des Empfängers. Beide Kommunikationspartner sind für die Qualität der Kommunikation verantwortlich. Es ist nicht selbstverständlich, dass eine Kommunikation ohne Missverständnisse abläuft (Schulz von Thun Institut, 2017).

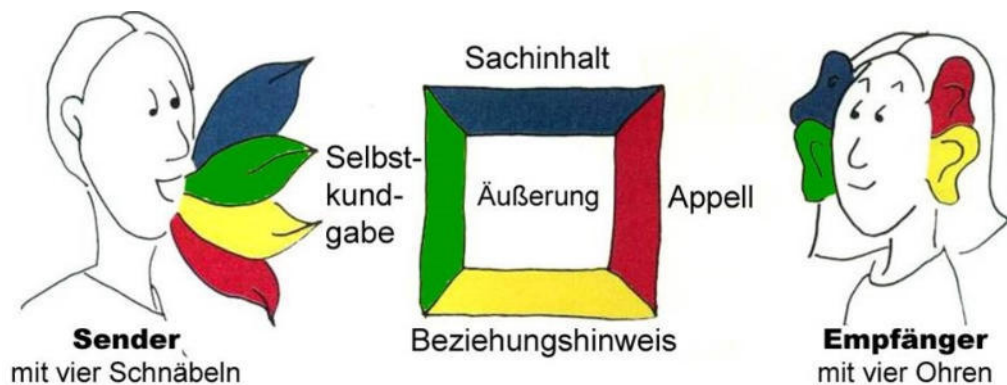


Abbildung 4 Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (Schulz von Thun Institut, 2017)



Schauen Sie das 6-minütige Video [4 Seiten einer Nachricht](#) von TheBuddyCompany.



In einem Video des Bayerischen Rundfunks sind die Grundlagen beider Modelle sehr anschaulich dargestellt. Zudem gibt es weiterführende Informationen. Schauen Sie beide Video zur Wiederholung: Das 4-minütige Video [Sender-Empfänger Modell Kommunikation](#) und das knapp 7-

minütige Video [Paul Watzlawicks 5 Axiome - Kommunikation](#) an, beide veröffentlicht von *alpha lernen*.



Schauen Sie zudem die beeindruckende Abschlussvorlesung an der Universität Hamburg von Prof. Dr. Friedemann Schulz von Thun am 23. Oktober 2009: [„Was ich noch zu sagen hätte...“](#). Die kurzweilige Vorlesung dauert 97 Minuten.



e-tivity 3

Schreiben Sie Ihre Meinung zu dem Kommunikationsmodell von Prof. Friedemann Schulz von Thun unter Berücksichtigung der Abschiedsvorlesung. Was bedeutet dieses Modell für Ihre Arbeit? Was geschieht, wenn ich nur auf einem oder zwei Kanälen sende? Wie und in welchen Situationen im Beruf können Sie in Zukunft darauf achten, auf verschiedenen Kanälen zu senden? Laden Sie Ihre Meinung (mind. 2.000 Zeichen mit Leerzeichen) in das dafür vorgesehene Forum auf die Lernplattform. Geben Sie mindestens drei Mal Feedback an Mitstudent_innen zu deren veröffentlichten Meinungen. Nehmen Sie dabei immer wieder Bezug auf Ihr Arbeitsfeld.

(Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)



Eine präzisere Darstellung und Vertiefung des Kommunikationsmodells von Schulz von Thun finden Sie in der [Präsentation von Student_innen der katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt](#).

Johari-Fenster



Das Johari-Fenster wurde 1955 von den amerikanischen Sozialpsychologen **Joseph Luft** und **Harry Ingham** entwickelt, deren Vornamen zur Namensgebung verwendet wurden. Es ist ein Fenster bewusster und unbewusster Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale zwischen einem Selbst und anderen oder einer Gruppe. Seit den 1960ern und 1970ern spielt das Fenster in gruppendynamischer Arbeit eine bedeutende Rolle, um die Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zu beschreiben.

Bereich des freien Handelns	Bereich des Blinden Flecks
Mir selbst und anderen bekannt	Anderen bekannt
Bereich des Verbergens	Bereich des Unbewussten

Nur mir bekannt	Mir und anderen unbekannt
-----------------	---------------------------

Abbildung 5: Johari-Fenster

- Der Bereich des **freien Handelns** umfasst das Wissen über uns, welches uns selbst als auch anderen bekannt ist. In diesem Bereich stellen wir die „öffentliche Person“ dar. Ein leitender Arzt im Krankenhaus möchte z.B. bei den anderen Mitarbeitern den Eindruck des kollegialen Vorgesetzten erwecken, der diese fördert. Umso größer dieses Fenster ist, umso leichter fällt anderen die Kommunikation mit einem selbst.
- Der Bereich „**Blinder Fleck**“ ist der Teil unseres Verhaltens, den wir nicht oder kaum, andere Personen jedoch deutlich wahrnehmen. Hierzu gehören z.B. unbewusste Gewohnheiten und Verhaltensweisen. Dieser Bereich wird meist nonverbal kommuniziert, wie z.B. Tonfall und Mimik.
- Der **Bereich des Verbergens** umfasst jene Bereiche des Denkens und Handelns, welche wir vor anderen bewusst verbergen. Durch das Vertrauen zu anderen wird dieser Bereich kleiner.
- Der **Bereich des Unbewussten** ist weder uns noch anderen zugänglich. Verborgene Talente und ungenützte Begabungen sind Beispiele hierfür.



Schauen Sie dazu den [Erklärfilm zum Johari-Fenster](#) auf Wikipedia an (siehe rechte Bildschirmseite).

Maximen der Konversation nach Grice

Grice¹ Grundidee besteht darin, Kommunikation als kooperatives Handeln zu betrachten. Ziel der Kommunikation ist der Austausch zwischen Sender_in und Empfänger_in. Unabhängig vom Ziel der Konversation muss der/die Sender_in seine Botschaft verständlich übermitteln. Der/die Empfänger_in muss die Bedeutung der Botschaft verstehen und nachvollziehen können, sonst kann das Kommunikationsziel nicht erreicht werden. Unterschieden wird in wörtliche Bedeutung der sprachlichen Äußerung und dem kommunikativen Sinn, wie z.B. eine Metapher oder Sarkasmus (Röhner & Schütz, 2016). Die Konversationspartner_innen halten sich an eine allgemeine Regel, die Grice **Kommunikationsprinzip** nennt. Das Prinzip beinhaltet, dass der Gesprächsbeitrag so gestaltet sein soll, wie es in der Situation und dem Gespräch erforderlich ist, an dem Sie teilnehmen. Aus diesem Kommunikationsprinzip leitet Grice **vier**



¹ Paul Grice war ein englischer Philosoph (*15.03.1913, †28.08.1988), der zu den bedeutendsten Vertretern der sogenannten Philosophie der normalen Sprache gehörte. Letzte Aktualisierung: 20.11.2018 [V1.2], Bearbeiterin: Christiane Hoffschildt

Konversationsmaxime ab, deren Einhaltung die Qualität und Effizienz von Konversation steigern soll. Nach Grice führt die Verletzung der Maxime zu Missverständnissen und Ineffizienz.

In der folgenden Abbildung werden die Maxime dargestellt.

Die vier Konversationsmaximen nach H.P. Grice

Im Kern der Theorie von H.P. Grice stehen die folgenden Konversationsmaximen, an denen sich menschliche Kommunikation orientiert:

<p>Maximen der Quantität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sei so informativ wie nötig! • Sei nicht informativer als nötig! 	<p>Maximen der Qualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sage nichts, was du für falsch hältst! • Sage nichts, wofür dir angemessene Gründe fehlen!
<p>Maximen der Modalität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeide Dunkelheit des Ausdrucks. • Vermeide Mehrdeutigkeit! • Fasse Dich kurz! • Der Reihe nach! 	<p>Maxime der Relevanz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sei relevant!

Schreibwerkstatt / Theorie / © 2016, 9

Abbildung 5: Die vier Konversationsmaximen nach Grice

<https://www.slideshare.net/Akademieslides/sw-16-stilprinzipverstandlichkeit>



Die vier Maxime können Sie in Ausschnitten von „[The Big Bang Theory](#)“ auf sehr humorvolle Weise anschaulich wiederholen. Der Zusammenschnitt ist auf englischer Sprache und dauert ca. 5 Minuten.



e-tivity 4

Für die Praxis lassen sich aus den Maximen für Ihre alltägliche berufliche Kommunikation mit Patient_innen detaillierte Prinzipien herleiten, welche die Qualität Ihrer beruflichen Kommunikation erhöhen (werden). Für jedes Maxim steht bereits ein Prinzip in der Tabelle. Finden Sie sich in Ihrer monoprofessionellen Gruppe zusammen, ergänzen Sie **weitere Prinzipien** und diskutieren Sie die Tabelle per Webkonferenz (Diskussionsraum). Ihre erstellte Tabelle wird als Gruppenleistung bewertet. (Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)

Maximen	Prinzipien
Quantität	Informationshierarchie
Qualität	Alle Fakten nennen
Modalität	Satzlänge beschränken
Relevanz	Keine Füllwörter

Freiwillige e-tivity: Sie können die Gelegenheit nutzen, nach Abschluss der Diskussion ein Plakat für sich und Ihr Team zu erstellen, welches Sie bei Ihrer Arbeitsstelle einsetzen können. Stellen Sie dieses Plakat in das E-Portfolio.

Formen der Kommunikation



Die Kommunikation miteinander geschieht auf mehreren Ebenen gleichzeitig. Dabei wird von vier verschiedenen Formen gesprochen: die verbale Kommunikation, die paraverbale Kommunikation, die nonverbale Kommunikation und die extraverbale Kommunikation (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Kommunikation im Überblick (aus: Becker, Ebert & Passtoors, 2018, nach Hey, 2011, S. 259)

Verbale Kommunikation (Schrift, Sprache)	Bildung von Wörtern, Sätzen und Texten (7% der Kommunikation)	-direkte Kommunikation -indirekte („symbolische“) Kommunikation
--	--	---

Paraverbale Kommunikation (Merkmale der Schrift oder der Stimme)	Lautstärke, Intonation, Sprechgeschwindigkeit etc. (38% der Kommunikation)	-sprachliche Anteile -nicht-sprachliche Anteile (Kultur)
Nonverbale Kommunikation (Körpersprache)	Gestik und Mimik (55% der Kommunikation)	-Raumsprache -Vortragssprache
Extraverbale Kommunikation (äußerliche Merkmale/Position im Raumen)	Zeit, Ort, Kleidung, Erscheinungsbild, Medienart, Kommunikationsbeziehung	Kontextabhängige vs. kontextunabhängige sensorische Kommunikation

Die nonverbale und verbale Kommunikation werden im Folgenden genauer aufgegriffen.

Nonverbale Kommunikation



Lesen Sie zum Thema Nonverbale Kommunikation verpflichtend S. 37 bis 42 des Kapitels „Formen der Kommunikation“ aus dem Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen von Becker, Ebert & Pastoors (2018). Dieses Buch steht Ihnen als E-Book in der Bibliothek der ASH zur Verfügung.



Lesen Sie zur Vertiefung das Kapitel „Mittel der nonverbalen Kommunikation“ aus Psychologie der Kommunikation, Röhner & Schütz, (2016), S.65-84. Auch dieses Buch steht als E-Book zur Verfügung.



Wie durch Watzlawick beschrieben, besteht die Kommunikation aus analoger und digitaler Kommunikation. Analog bedeutet nonverbal und digital verbal. Durch die **analoge Kommunikation** wird häufig die Beziehungsebene vermittelt, wogegen mit der **digitalen Kommunikation** der Inhalt der Nachricht ausgedrückt wird (Watzlawick, 2014). In der verbalen Kommunikation steht deshalb „was“ gesagt wird im Vordergrund, in der nonverbalen dagegen, „wie“ wir etwas sagen. Im Folgenden wird die nonverbale oder analoge Kommunikation näher beschrieben:

Zu den **nonverbalen Zeichen** gehören nach Thomas, 1991 (in Frindte, 2001):

- Kommunikation durch Blickkontakt
- Kommunikation durch Gesichtsausdruck/Mimik
- Kommunikation durch Körperhaltung und Körperbewegung – die sogenannte Pantomimik
- Kommunikation durch Berührung/Taktilität

- Kommunikation durch räumliche Distanz zum Kommunikationspartner bzw. die Regulierung des sozialen Raumes
- Kommunikation durch Stimme und Sprechen im Sinne von Stimmqualität, Stimmhöhe, Stimmführung, Lautstärke, Klangfarbe, Artikulation, Sprechgeschwindigkeit
- Kommunikation durch Staffage wie Kleidung, Statussymbole und z.B. Gestaltung des Raumes.

Ob und wie nonverbale Kommunikation funktioniert hängt von der Interaktion der beiden Gesprächspartner_innen ab. Der Verlauf der nonverbalen Kommunikation lässt den/die Beobachter_in erkennen, ob die beiden Kommunikationspartner_innen einer Meinung sind oder ob es Differenzen gibt. Nonverbale Zeichen regulieren den Fortgang der Kommunikation und können ihn fördern oder hemmen (Frindte, 2001, S. 103).

Im Folgenden werden die möglichen **Funktionen nonverbalen Verhaltens** dargestellt (Delhees, 1994 in Frindte, 2001, S. 100 ff):

- Die Redundanz wird durch nonverbale Kommunikation erhöht, da gleiche Mitteilungen so auf zwei oder mehr Kanälen gesendet werden und Mehrdeutigkeiten eher vermieden werden können.
- Die verbale Kommunikation wird durch nonverbale Mittel ergänzt, so dass häufig nur beide Mittel gemeinsam die Botschaft verständlich machen.
- Nonverbale Kommunikation kann verbale Kommunikation betonen und verstärken, was insbesondere dann geschieht, wenn der Gegenüber überzeugt werden soll.
- Die verbale Kommunikation wird durch nonverbale Zeichen gesteuert und gelenkt. Zum Beispiel zeigen nonverbale Zeichen den Beginn und das Ende des Redebeitrags an.
- Die verbale Kommunikation kann durch nonverbale Kommunikation ersetzt werden, wie zum Beispiel Berührungen aber auch Kleidung und Frisur.
- Nonverbale Mittel können auch im Widerspruch zu verbalen Mitteln eingesetzt werden. Dies kann unbewusst erfolgen, aber auch bewusst, wenn der Sender die Botschaft zum Beispiel nicht laut aussprechen kann.

Nach Frindte (2001, S. 99) ist nicht jeder Mensch in der Lage gleich gut nonverbal zu kommunizieren. Untersuchungen zeigen, dass die Fähigkeit von Geschlecht, Beruf, Alter und sozialem Status abhängen. Dabei sind insbesondere Frauen besser in der Lage nonverbale Zeichen zu deuten.

e-tivity 5



Schauen Sie das faszinierende 55-minütige Video von Prof. Samy Molcho an. Notieren Sie für sich in Ihrem Arbeitsumfeld prägnante Sätze oder Szenen zu den einzelnen nonverbalen Mitteln. Schreiben Sie diese für die Dozent_in einsehbar in Ihr E-Portfolio. Begründen Sie kurz, warum diese Sätze für Sie in Ihrem beruflichen Kontext von Bedeutung sind. [Prof. Samy Molcho: Der Körper spricht immer.](#) Veröffentlicht 2017. (Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)

Verbale Kommunikation



Lesen Sie zum Thema verbale Kommunikation verpflichtend S. 33-37 des Kapitels „Formen der Kommunikation“ aus dem Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen von Becker, Ebert & Pastoors (2018). Dieses Buch steht Ihnen als E-Book in der Bibliothek der ASH zur Verfügung.



Lesen Sie zur Vertiefung das Kapitel „Mittel der verbalen Kommunikation“ aus Psychologie der Kommunikation, Röhner & Schütz, (2016), S.85 bis 100. Auch dieses Buch steht als E-Book zur Verfügung.

Die **verbale Kommunikation, oder nach Watzlawick digitale Kommunikation**, umfasst primär das Zuhören, Fragen stellen, Erklären, sowie Lachen und Humor.



Wenn über verbale Kommunikation gesprochen wird, dann stehen zunächst häufig das Fragenstellen und das Erklären im Vordergrund. Fragen dienen dazu Gespräche zu beginnen, aufrechtzuerhalten und zu leiten. Sie können verbal aber auch nonverbal gestellt werden. Die Fragetechniken werden zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal genauer betrachtet. An dieser Stelle soll es zunächst um das Erklären, Zuhören sowie das Lachen und den Humor gehen.

Beim **Erklären** gibt es verschiedene Arten etwas zu erklären, die abhängig von der zu klärenden Frage sind. Die Art und Weise, wie erklärt wird, hängt davon ab, wer etwas erklärt bekommt und welches Hintergrundwissen diese Person hat. In der folgenden Tabelle werden die Arten und Bedeutung von Erklärungen sowie die Vorbereitung und Durchführung zusammengefasst.

² Samy Molcho, geboren 1936, war bis 2004 Professor für Musik und darstellende Kunst an der Universität Wien. Bekannt wurde er durch seine Bücher über Körpersprache, die in 12 Sprachen übersetzt wurden.

Tabelle 3: Zusammenfassung von Art, Bedeutung, Vorbereitung und Durchführung von Erklärungen (in Anlehnung an Röhner & Schütz, 2016, S. 93 bis 95).

Art der Erklärung	Bedeutung der Erklärung	Vorbereitung und Durchführung Erklärungsprozess in 5 Schritten
Interpretative Erklärung	Interpretation oder Klärung eines Sachverhalts, Spezifizieren der zentralen Bedeutung einer Aussage = WAS	1. Was weiß die Person bereits? 2. Was soll die Person nach der Erklärung wissen – welche Ziele sollen erreicht werden?
Deskriptive Erklärung	Prozesse und Vorgehensweisen = WIE	3. Werden zusätzliche Materialien, wie z.B. ein Beamer benötigt?
Begründende Erklärung	Begründungen = WARUM	4. Erklärung 5. Versicherung, dass alles verstanden wurde

e-tivity 6



Erklären Sie den Mitstudent_innen Ihren Beruf, die Verzahnungen mit den anderen mitstudierenden Professionen sowie Ihre Arbeitsstelle. Beachten Sie dabei, dass Sie diese Informationen verschiedenen Professionen vermitteln, die je nach Arbeitsstätte mehr oder weniger Berührungspunkte mit Ihrer eigenen Profession haben. Nehmen Sie dazu ein kurzes Video von max. zwei Minuten auf (z.B. mit Ihrem Handy), speichern Sie dieses und laden Sie es in Ihrem E-Portfolio für die Lehrende und die Mitstudent_innen sichtbar hoch. Diskutieren Sie Ihre Beiträge im Forum auch hinsichtlich Ihres Wissens bezüglich verbaler und nonverbaler Kommunikation.

(Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)



Das **Zuhören** ist nach Brownell (1996, in Röhner & Schütz 2016, S. 85) der meist genutzte Bestandteil der Kommunikation. Zudem wurde dieser Bestandteil am ehesten entwickelt. Es ist kein passiver Prozess, wie zunächst vermutet werden könnte, sondern mit Hilfe des Zuhörens vermittelt der/die Zuhörer_in Interesse und Aufmerksamkeit am Gesagten,

kann das Gesagte bewerten und hilft sich auf die Botschaft des anderen zu konzentrieren (Hargie & Dikson, 2004 in Röhner und Schütz, 2016, S. 85). Zuhören kann aktiv durch nachfragen und z.B. nicken erfolgen. Carl Rogers hat als erster das Zuhören als Mittel für die therapeutische Intervention beschrieben. Darauf wird in Kapitel 3.3 genauer eingegangen.

Lachen ist ein bedeutendes Mittel der Kommunikation. Es setzt sich aus einer stimmlichen Komponente und der entsprechenden Mimik zusammen. Nach Untersuchungen von Vettin und Todt 2004, lacht ein Mensch in einem Gespräch alle 1,7 Minuten. Die Gründe für das Lachen variieren. Gelacht wird dabei mit fremden ebenso häufig wie mit vertrauten Personen. In Gesprächen hat es eine besonders kommunikative Funktion, da es eigene Gesprächsinhalte beispielsweise abmildern kann oder Überraschung ausdrückt, wenn der andere nicht so reagiert, wie erwartet (Röhner & Schütz, 2016, S. 96).

Humor ist ein wichtiges kommunikatives Mittel, da es helfen kann Beziehungen aufzubauen und zu erhalten. Ebenso kann Humor ein Schutzschild gegen verbale Angriffe sein. In Gruppen kann er die Gruppendynamik stärken und Aggressionen mildern. Insgesamt kann durch Humor die menschliche Kommunikation erleichtert werden.

Die verbalen Verhaltensweisen wirken immer im Zusammenhang mit den nonverbalen. Der Volksmund sagt: „Ein Bild sagt mehr als 1000 Worte“. Auf die verbale und nonverbale Kommunikation wird im gesamten Strang Kommunikation kontinuierlich vertiefend eingegangen.

3.2 Rollenverständnis

Definition von Rollen im Allgemeinen



Spielt es eine Rolle, wer sich in welcher Rolle versteht? Die Redewendung „eine Rolle spielen“ hat sich in unserem Sprachgebrauch etabliert und hat mehrere Bedeutungen. Wortgeschichtlich bedeutet das Wort „Rolle“ ein zusammengerolltes Papierstück.

Die **Definition von Rollen im Sinne der Rollentheorie** unterscheidet sich je nach Forschungsrichtung. Verschiedene Definitionen werden im Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik aufgelistet und sind im Folgenden nachzulesen (Stangl, 2017):

„1. Definition

Die Summe von Erwartungen an das soziale Verhalten eines Menschen, der eine bestimmte soziale Position innehat. Ein gesellschaftlich bereitgestelltes Verhaltensmuster, das erlernt und von einer Person in einer bestimmten Situation gewählt und ausgeführt werden kann bzw. werden muss (Meyers Lexikonredaktion, 1996, S.343f).

2. Definition

Die Summe der von einem Individuum erwarteten Verhaltensweisen, auf die das Verhalten anderer Gruppenmitglieder abgestimmt ist. Eine Rolle ist zwar von ihren möglichen Trägern abhebbar, sobald diese aber eine Rolle übernehmen, werden sie von Erwartungen hinsichtlich ihrer eigenen Rolle, der Partnerrolle (den Partnerrollen) und der Art des Zusammenspiels zwischen den beiden (mehreren) Rollen geleitet (Hofstätter, 1966, zit. nach Dorsch, 1994, S.670).

3. Definition

Die Rolle kann als ein Aggregat oder als eine Zusammenfassung sozialer Regeln angesehen werden, die z.B. in einem sozialen System und in Bezug auf die unterschiedlichen Persönlichkeitssysteme gilt (Coburn-Staege 1973). In anderen Systemen wiederum können Rollen zu Systemen umfassender Art gebündelt sein (Wulf 1989, 499 ff., Stichwort Rolle). Handelnde sind also Rollenträger, die aufgrund vorgegebener Rollenbedeutungen in Beziehungsmustern handeln (Kron, 2009, S.99).

4. Definition

Der Mensch muss Rollendistanz entwickeln, also die Fähigkeit und Bereitschaft, überhaupt wahrzunehmen, dass er sich in verschiedenen Rollen bewegt, dass er sie sklavisch ausfüllen oder aber konstruktiv und schöpferisch weiterentwickeln kann; er muss wahrnehmen und reflektieren, dass andere bestimmte Rollenerwartungen an ihn herantragen (Meyer, 1987, S.240).

5. Definition

Eine Rolle ist ein sozial definiertes Verhaltensmuster, das von einer Person, die eine bestimmte Funktion in einer Gruppe hat, erwartet wird. Rollen sind großenteils von dem bestimmten Individuum, das sie innehat, unabhängig. Die erwarteten Verhaltensweisen sind die gleichen, gleichgültig, über welche persönlichen Merkmale der Rolleninhaber verfügt (Zimbardo, 1995, S. 723).“



Lesen Sie als Pflichtlektüre den gesamten [Eintrag zur „Rolle“ im Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik](#).



Im Studienstrang Interprofessionelle Kommunikation beziehen wir uns auf die Definition aus der Sicht der Soziologie. Wiswede (1977) hat auf dem Hintergrund der kontroversen Diskussion eine Definition zum Rollenbegriff formuliert: „Rollen sind relativ konsistente, mitunter interpretationsbedürftige Bündel von Erwartungen, die an eine soziale Position gerichtet sind und als zusammengehörig perzipiert werden.“ (S. 17).

Rollenkonflikte

Wiswede (1977, S. 115) beschreibt einen Rollenkonflikt als einen Konflikt, der aufgrund unterschiedlicher Rollenerwartungen entsteht. Die Rollenerwartungen sind häufig nicht miteinander in Einklang zu bringen. Hierbei wird zwischen dem **Intra-Rollenkonflikt** und dem **Inter-Rollenkonflikt** unterschieden. Der Intra-Rollenkonflikt beschreibt den Konflikt innerhalb einer Rolle. Der Inter-Rollenkonflikt beschreibt dagegen den Konflikt zwischen verschiedenen Rollen.



Schauen Sie verpflichtend das 9- minütige Video [Grundlagen der Rollentheorie](#)

e-tivity 7

Diskutieren Sie in monoprofessionellen Kleingruppen ihre jeweiligen Rollen in Ihrer beruflichen Tätigkeit. Besprechen Sie dabei u.a. folgende Fragestellungen:



- Mit welchen Personengruppen kommen Sie in Kontakt und welche Erwartungen haben diese an Sie?
- Gibt es Rollenkonflikte, zum Beispiel zwischen Ihrer Berufsrolle und den Erwartungen einer Personengruppe?
- Welche Aufgaben, Rechte und Pflichten haben Sie in den einzelnen Rollen?
- Welche Rolle spielt Ihre Berufsgruppe im Gesundheitswesen?

Erstellen Sie gemeinsam eine kurze schriftliche max. 5-minütige Zusammenfassung als PPT. Die Ergebnisse werden im Plenum eines der Präsenz-Webinare vorgestellt.

(Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)

3.3 Methoden und Techniken der Gesprächführung

Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers



Carl Rogers (1902-1987) war ein bedeutender Vertreter der humanistischen Psychologie. Mitte des letzten Jahrhunderts entwickelte er ein psychotherapeutisches Verfahren, welches die Beziehung zum/zur Klient_in als Schlüssel zum Erfolg in den Mittelpunkt stellt. Rogers war der Auffassung, dass Menschen selbst am besten wissen, wie sie ihre Probleme lösen können. Sind sie phasenweise nicht in der Lage, ihre eigenen Kräfte zu mobilisieren, muss der/die Therapeut_in dafür sorgen, dass sie sich frei entfalten und ihre Möglichkeiten wieder entwickeln können. Nach seiner Annahme ist ein Mensch umso besser in der Lage, sein eigenes Leben zu gestalten, je mehr er verstanden und akzeptiert wird.

Rogers Konzept beruht auf zwei Annahmen: auf einer Grundannahme über die „Natur des Menschen“, welche auch die **Aktualisierungstendenz** genannt wird. Und sie beruht auf einer wissenschaftlich überprüften Annahme über wirkungsvolles Eingehen auf den Klienten, die sogenannte personenzentrierte Haltung.

Die **Aktualisierungstendenz** wurde von Rogers als wichtigster Antrieb menschlichen Verhaltens und Erlebens angesehen. Durch die Tendenz wird bewirkt, dass der menschliche Organismus alle körperlichen, seelischen und geistigen Möglichkeiten zu erhalten und zu entfalten sucht. Dadurch ist der Mensch grundsätzlich konstruktiv, rational und sozial. Leidet er unter seelischen Störungen und Hemmungen, verhält er sich destruktiv, irrational und asozial. Dies wird als Ausdruck einer blockierten Aktualisierungstendenz verstanden (Rogers, 2017).

Rogers **personenzentrierte Haltung** meint nach die seelisch-geistige Einstellung eines Beraters (Kriz, 2014). Die personenzentrierte Haltung zeigt sich im Umgang des/der Therapeuten mit seinem/seiner Klient_in im gleichzeitigen auftreten von drei Prinzipien, die letztlich über den Beratungserfolg entscheiden.

- **Kongruenz / Echtheit:** Der Inhalt des Mitgeteilten soll der Körpersprache entsprechen. Voraussetzung dafür ist, dass Gedanken, Gefühle und Handeln des Beraters ein kongruentes Bild ergeben. Der/die Berater_in soll eine echte Verbindung von

Person zu Person eingehen. Durch diese Transparenz kann der/die Klient_in sich dem Berater öffnen.

- **Wertschätzung / Akzeptanz:** Die bedingungslose Akzeptanz soll dem/der Klient_in das Gefühl vermitteln, dass er nicht nur dann angenommen wird, wenn er ein bestimmtes Verhalten zeigt. Dies bedeutet nicht, daß der/die Therapeut_in den Gefühlen des/der Klient_in zustimmen muß. Es bedeutet aber, daß er/sie seinen Gegenüber ohne Wertung und Vorurteil annimmt, wie er/sie in diesem Moment ist.
- **Empathie / einführendes Verstehen:** Der/die Therapeut_in soll bemüht sein, das Denken und Fühlen des/der Klient_in zu verstehen. Durch ständiges Feedback mit eigenen Worten versucht der/die Therapeut_in hierbei, die gefühls- und erlebnismäßigen Inhalte aus dem Gespräch mit seinem Gegenüber aufzugreifen und ihm dann mitzuteilen, was er von dessen Erlebniswelt glaubt, verstanden zu haben.

Aus diesen drei Anforderungen an die Haltung lassen sich wichtige Grundsätze für die Gesprächsführung ableiten:

- **Wahrnehmen:** Der/die Therapeut_in hört zu, worum es der sprechenden Person geht.
- **Zuordnen:** Der/die Therapeut_in spiegelt, wie er/sie das verbal und nonverbal Kommunizierte gehört und verstanden hat.
- **Abwägen:** Es wird nachgedacht, welche Schlüsse aus dem Gehörten gezogen werden können.
- **Antworten:** Der/die Therapeut_in meldet zurück, was er/sie dazu sagen kann und möchte.



Schauen Sie vertiefend das 1:48 minütige englischsprachige Interview von Carl Rogers: [Carl Rogers on Person – Centered Therapy Video](#)

Neurolinguistische Programmierung (NLP)



Begründet wurde die Neurolinguistische Programmierung (NLP) in den 1970er Jahren durch Richard Bandler und John Grinder und basiert auf der humanistischen Denkweise. Die Grundannahme besteht darin, dass die menschliche Realität im eigenen Kopf entsteht und somit eine Konstruktion der eigenen Gedanken ist. Diese entsteht auf der Basis von Erfahrungen und legt fest, wie Menschen auf die Umwelt reagieren und diese erfahren.

Die offizielle Definition von NLP besagt, dass NLP die Strukturen der menschlichen subjektiven Erfahrungen erforscht (Ready & Burton, 2009). Die Autor_innen nennen weitere kurze Beschreibungen für NLP (S. 15):

- Die Kunst und Wissenschaft der Kommunikation“
- Der Schlüssel zum Lernen
- Erkennen, was in einem selbst und anderen Menschen vorgeht
- Ein Instrument für persönliche und organisatorische Veränderung.

Im Folgenden werden die drei Elemente des NLP einzeln betrachtet.

Neuro steht für das neurologische System des Menschen. Nach Ready & Burton (2009, S. 14) basiert NLP auf dem Gedanken, dass Menschen die Welt durch ihre Sinne erfahren und diese Informationen bewusst und unbewusst in einem Denkprozess umwandeln. Das neurologische System wird durch diesen Denkprozess aktiviert.

Linguistik beschäftigt sich als Wissenschaft mit der menschlichen Sprache. NLP betrachtet, wie gesprochene Worte die eigenen Erfahrungen beeinflussen.

Das Wort **Programmierung** kommt aus der Lerntheorie und bezeichnet nach Aussage der Autor_innen wie Menschen Erfahrungen mit Worten verschlüsseln und mental repräsentieren. Die eigene Programmierung besteht aus eigenen inneren Prozessen und Denkmustern, die man einsetzt, um Probleme zu lösen, zu lernen, Entscheidungen zu treffen und Ergebnisse zu erzielen. NLP zeigt auf, wie Erfahrungen neu kodiert werden können und somit die innere Programmierung eine andere Struktur erfährt.

Betrachten Sie Abbildung 5 sehen Sie, dass die Schnittstelle zwischen Programmierung und Linguistik mit „Landkarte“ bezeichnet wird. Die Landkarte wird durch das Erlebte angelegt und durch die eigene Erfahrung und Wahrnehmung gestaltet. Zwei Menschen haben nie die gleiche Landkarte und die Landkarte ist nie ein genaues Abbild der externen Welt (Ready & Burton, 2009, S. 24).



Abbildung 6: Was bedeutet NLP

(<https://www.diedenkweisen.de/was-ist-nlp/>)

NLP beruht auf vier Elementen (Ready & Burton, 2009, S. 16):

- **Rapport:** Die Beziehung zu sich und anderen Menschen aufzubauen.
- **Sensorische Wahrnehmung:** Wie sieht man, riecht man, fühlt man und hört man etwas. Nutzt der Mensch alle seine Sinne, wird er an Erfahrungen viel reicher.
- **Zielgerichtetes Denken:** Was will jemand erreichen, anstatt in der Problemhaltung zu verharren.
- **Verhaltensflexibilität:** Wenn etwas nicht funktioniert, kann besser erstmal etwas anderes erledigt werden.

Schauen Sie die 7-minütige sehr umfassende Zusammenfassung [Neuro-Linguistisches-Programmieren –Praxistipps NLP für Einsteiger – Uwe Klein in 7 Minuten](#)

e-tivity 8



Führen Sie eine der im Video genannten Übungen durch: sich selbst positiv betrachten, sich selbst mit anderen Augen sehen, Gewohnheiten aufbrechen. Notieren Sie diese für sich im E-Portfolio. Machen Sie eine kurze Notiz für den/die Dozent_in, welche Übung Sie gewählt haben. Das Ergebnis ist nur für Sie selbst bestimmt.

Die Methode NLP wird in Modul A5 erneut aufgegriffen und intensiviert.

(Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)

Gesprächsformen



Eine gekonnte Gesprächsführung ist häufig der Schlüssel zum Erfolg. Im Folgenden werden verschiedene Gesprächsformen kurz dargestellt.

Ein **Dialog** ist die Grundform des menschlichen Gesprächs. Es ist ein mündliches oder schriftlich geführtes Gespräch zwischen zwei oder mehrerer Personen oder Gruppen. Das Gespräch wird auch **Zwiegespräch** genannt, bei welchem eine Rede und Gegenrede formuliert werden. Als Gegensatz zum Dialog steht der Monolog.

Der Dialog ist mehr als ein einfaches Gespräch. Nach Bohm (1998) soll er ein Gesprächsthema vertiefen und intensivieren. Die Gefühle, das

Denken, die Erfahrungen und die Lebensgeschichten der Dialogpartner beeinflussen das Gespräch. Unterschieden werden zufällig und bewusst gestaltete Dialoge.

Lesen Sie die Power Point Präsentation [Der Dialog](#) von Performance Coach Stephan Eckert.



Schauen Sie sich das 9-minütige Interview mit Friedeman Schulz von Thun an: [Ein Dialog über den Dialog – Was macht das Wesen eines Dialogs aus?](#)



Smalltalk ist die oberflächliche Unterhaltung über belanglose, alltägliche Themen. Meist führen Personen Smalltalk, die sich nicht gut kennen. Smalltalk ist universal einsetzbar: Als Plauderei mit Kolleg_innen, als freundlicher kurzer Austausch mit Patient_innen, als kurze Unterhaltung auf einer Feier, als kleine Unterhaltung im Fahrstuhl oder in der Bahn und ähnliches. Smalltalk verfolgt keinen Zweck, sondern sorgt für gute Laune und kurzen Austausch.

Im Folgenden lesen Sie ein Beispiel über Smalltalk im Fahrstuhl:

Smalltalk im Aufzug

Smalltalk im Aufzug **kann peinlich sein**, muss er aber nicht. Was bei vielen schon für Unbehagen sorgt, ist die Enge des Raumes. Hinzu kommt, dass für die Zeit der Aufzugsfahrt ein Ausweichen unmöglich ist. Was also tun? Worüber reden?

Ein simpler Trick hilft, das Eis zu brechen: Schauen Sie beim Einsteigen gar nicht erst weg, sondern nicken oder lächeln Sie Ihrem Lift-Mitfahrer zu. Das **verändert die Atmosphäre** im Aufzug schlagartig. Und das bisschen Plaudern fällt sofort leichter.

Jetzt zum Worüber: Auch im Aufzug **bieten sich Fragen an**. Sie könnten sich beispielsweise danach erkundigen, in welches Stockwerk die andere Person möchte. Alternativ und bitte nur unter Kollegen können Sie während der Fahrt auch eine klitzekleine Anekdote erzählen oder Informationen weitergeben – etwa was es heute Mittag als Highlight in der Kantine gibt oder dass Sie festgestellt haben, dass der Kaffee vom Automaten im dritten Stock besonders gut schmeckt. So was. Hauptsache, es ist positiv. (Karrierebibel, 2017, <https://karrierebibel.de/smalltalk-tipps/>)



Die Seite „Karrierebibel“ bietet weitere Tipps zum Führen guten Small Talks. Sie können zum Beispiel [8 Smalltalkeinstiege](#) als pdf herunterladen.



Schauen Sie die 13-minütige [Puls Reportage „Ich pups die ganz Nacht“ – so geht Small Talk\(nicht\)](#) vom Bayerischen Rundfunk

Diskussion



In einer **Diskussion** diskutieren zwei oder mehrere Diskutanten über ein oder mehrere Themen und tauschen darüber Argumente aus. Am Ende der Diskussion steht ein Ergebnis, ein Kompromiss oder ein Dissens. Zu einer guten Diskussionskultur gehört es **Argumente** respektvoll zu formulieren und zuzulassen.

Die Argumentation wird im Folgenden genauer betrachtet:

Argumentation

Klein (1981) versteht unter Argumentationen eine bestimmte komplexe Art sprachlich zu handeln. Mit dem Wort Argumentation kann gemeint sein, dass Tätigkeiten erläutert, ein Spiel erklärt, ein Gutachten verfasst oder auch ein Weg beschrieben wird. Die Vorgehensweise ist dabei unterschiedlich. Ist die Argumentation notwendig, um zu einer Lösung zu kommen, müssen Argumente entwickelt werden. Auf die letzte Art der Argumentation bezieht sich der nachfolgende Abschnitt:

Nach Klein beinhaltet ein Argument eine Reihe an Aussagen, die zusammen hängen und sich auf die strittige Frage beziehen. Diese Aussagen können zum Beispiel aus Fragen, Behauptungen, Einwänden und Zurückweisungen bestehen. Argumente beinhalten Aussagen, die zunächst nicht kollektiv für alle Teilnehmer_innen gelten. Ziel der Argumentation ist es, dass das Kollektiv den Aussagen am Ende zustimmt und so gemeinsam zu einer Antwort gekommen werden kann (Klein, 1981, S. 226). Die Beteiligten wollen unbedingt, dass ihrem Argument am Ende zugestimmt wird.



Abbildung 6 aus: <https://cliparts.zone/argumentative-cliparts>

Drei Voraussetzungen müssen nach Klein (1981, S. 227) vorhanden sein, dass es zu einer Argumentation kommen kann:

1. Es muss etwas fraglich sein, d.h. dass eine Frage vorhanden sein, zu der es mehrere Antworten gibt.

2. Es muss etwas umstritten sein, d.h. es muss ein Interessenskonflikt vorhanden sein.
3. Es muss Gründe dafür geben zu argumentieren und nicht die Antwort auszuknobeln.

Um ein Argument in einer Argumentation zu entwickeln, müssen drei Aufgaben erfüllt werden:

1. Die einzelnen Aussagen müssen gerechtfertigt sein.
2. Die Aussagen müssen miteinander verknüpft werden.
3. Die einzelnen Redebeiträge müssen koordiniert werden.

Ein bis zwei Argumente zu entwickeln, fällt den Beteiligten meist leicht. Häufig reichen diese zwei Argumente nicht aus oder sind nicht die überzeugendsten - mehr oder andere Argumente wären notwendig gewesen, um zu überzeugen. Welche Arten von Argumenten es gibt und mit welchen Techniken diese entwickelt werden können bzw. wie Argumente gefunden werden können, lesen Sie in der folgenden Pflichtlektüre:

Kapitel 1 und 2 aus : Hermann, M., Hoppmann, M., Stölzgen, K., Taramann, J. (2012). *Schlüsselkompetenz Argumentation*. Uni Tipps, Band 3428, Paderborn: Schöningh.



Dieses Buch steht Ihnen u.a. als E-Book in der ASH Bibliothek zur Verfügung.

Schauen Sie sich aber zuvor e-tivity 9 an!

e-tivity 9



Lesen Sie Kapitel 1 der Pflichtlektüre. Nehmen sich 5 Minuten Zeit und überlegen Sie Argumente, wie Ihr Arbeitsplatz aus Ihrer Sicht optimiert werden könnte.

Arbeiten Sie dann Kapitel 2 des o.g. Buches durch. Formulieren Sie nach dem Lesen weitere Argumente zu o.g. Fragestellung. Sie werden feststellen, dass Sie nach dem Lesen des Kapitels mehr Argumente finden werden, als zuvor. Schreiben Sie die Argumente für Dozent_innen und Student_innen sichtbar in Ihr E-Portfolio.

(Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)

Formen der Gesprächsführung

Es lassen sich zwei Formen der Gesprächsführung unterscheiden: Die direktive und nondirektive Gesprächsführung. Die **direktive Gesprächsführung** zeichnet sich dadurch aus, dass jemand direkt ein Gespräch



führt. Mit gezielten Fragen werden Informationen eingeholt. Das Gespräch hat ein bestimmtes Ziel, läuft nach Regeln ab und es wird mit klaren und direkten Formulierungen geführt. Geschlossene und Alternativfragen unterstreichen die Klarheit (Voelker, 2010).

Beispiel: In einer therapeutischen Praxis geht eine Mitarbeiterin sehr salopp mit einer Anruferin um, die sich anmeldet. Nachdem das Telefonat beendet ist, ruft die leitende Therapeutin die Kollegin zu sich. „Ich habe gerade das Telefonat mitbekommen. Die Anruferin war eine Neuanmeldung, oder? Kanntest du sie? Nein, okay. Dann bitte ich dich nächstes Mal professioneller mit den Anrufern umzugehen und ihnen außerdem zu sagen wie der erste Termin abläuft und wo sich unsere Praxis befindet. Ich hoffe, du kannst meine Kritik nachvollziehen. Ich weiß aber, dass du sonst anders am Telefon sein kannst.“

Die **nondirektive Gesprächsführung** hat kein klares Ziel, sondern der Gesprächsverlauf ist offen. Die sprechende Person ist zurückhaltender und möchte dem Gesprächspartner nicht zu nahe treten. Als Techniken werden im Gespräch das Spiegeln oder das Feedback eingesetzt. Mit offenen Fragen wird ebenso gearbeitet. Die Kommunikationspartner sollen eigene Gefühle und Gedanken einbringen. Diese Gesprächsführung eignet sich sehr gut für Beratungsgespräche (Voelker, 2010, S. 41).

Beispiel: Die leitende Therapeutin beobachtet eine Kollegin, wie sie frustriert im Therapieraum sitzt, nachdem der Patient gegangen ist. „Was ist denn los? Du siehst so frustriert aus?“ Sie lässt sich die Schwierigkeiten erzählen und sagt am Ende des Gesprächs. „Das ist wirklich keine einfache Situation. Was hältst du davon, wenn wir den Fall im nächsten Team besprechen? Die anderen haben bestimmt auch noch Ideen dazu.“

Lesen Sie folgende Pflichtlektüre:



Voelker, C. (2010). *Kommunikation*. Berlin: Cornelsen. Kapitel 1.3. Dieses Buch ist nicht in der ASH zu bekommen und wird Ihnen als PDF zur Verfügung gestellt.

Gesprächstechniken



Kommunikation wird durch Handlungen bestimmt, die entweder förderlich oder hinderlich, d.h. hemmend für die Kommunikation sind, sogenannte **Kommunikationsförderer** und **Kommunikationshemmer**. In der unten stehenden Tabelle sind förderliche und hemmende Faktoren aufgelistet. Genauere Ausführungen dazu finden Sie in der Pflichtlektüre sowie durch die aufgelisteten Videos:

Tabelle 4: Kommunikationsförderer und –hemmer (Voelker, 2010)

Kommunikationsförderer	Kommunikationshemmer
------------------------	----------------------

Zuhören	Unterbrechen
Ich – Botschaften senden	Du-Botschaften
Rückfragen	Eigene Erfahrungen und Rat-schläge in den Vordergrund stel-len
Fokussieren	Bewerten statt akzeptieren
Paraphrasieren und Respekt zei-gen	Unkonzentriertheit



Schauen Sie das 3-minütige Video von Marius Ebert [Aktives Zuhören](#).



Schauen Sie zudem das knapp 5-minütige Video über [Thaddaeus Ko-roma und das aktive Zuhören](#)



Auch Fragen sind Gesprächstechniken. Sie können Gespräche eröffnen, zeigen Zugewandtheit und Bereitschaft zum Zuhören. Solange die Fragen ehrlich gemeint sind, wirken sie auf den Kommunikationspartner vertrauenserweckend. Fragen geben die Möglichkeit Gespräche zu lenken und Informationen zu gewinnen, wie zum Beispiel beim Anamnese-gespräch. Fragen können auch neue Impulse setzen und strukturieren. Die Wahl der Fragetechnik und die des Moments sind entscheidend (Voelker, 2010, S. 45). In den folgenden zwei Tabellen werden ver-schiedene Arten von Fragetechniken kurz vorgestellt.

Tabelle 3: Offene und geschlossene Fragen

Art der Frage	Antwort	Beispiel
Offene Fragen	erfordern eine län-gere Antwort als ja oder nein.	Mit welchem Anliegen kommen Sie zu mir?
Geschlossene Fragen	erfordern kurze Ant-worten und dienen dem schnellen Infor-mationsgewinn	War Ihr Sohn bereits in physi-otherapeuti-scher Behand-lung?

Tabelle 4: Fragearten

Art der Frage	Antwort	Beispiel
W-Frage	Je nach W-Frage-wort bleibt dem Ant-wortgeber mehr o-der weniger Spiel-raum.	- Wie fühlt sich diese Bewe-gung an? - Wann im Ta-gesverlauf ist Ihre Stimme am schlechtes-ten?

		- Wo haben Sie Schmerzen?
Alternativfrage	bietet dem Gesprächspartner mind. Zwei Antwortmöglichkeiten	Möchten Sie den Termin um 12:15 oder um 12:45 Uhr?
Suggestivfrage	suggeriert dem Gesprächspartner die erwartete Antwort	Diese Schmerzen haben Sie aber nicht erst seit gestern?
Paraphrasieren/ Kontrollfragen	Ein Antwortteil des Gesprächspartners wird erneut aufgenommen, um sicher zu gehen, dass die Frage richtig verstanden wurde.	Habe ich es richtig verstanden, dass Sie nach dem letzten Behandlungsintervall 5 Wochen schmerzfrei waren?



Einen kurzen Überblick zu Fragetechniken sehen Sie in folgendem knapp 6-minütigem Video: [Fragetechniken – so lenke ich ein Gespräch](#)



Feedback

Der Begriff des Feedbacks kommt ursprünglich aus der Lehre von Regulationsprozessen, der Kybernetik. Es ist der Vorgang der Rückbindung zwischen zwei oder mehrerer Personen. Im Zusammenleben hat sich gezeigt, dass Feedback hilft zwischenmenschliche Beziehungen zu klären und zu verbessern. Es ist eine spezielle Art der Kommunikation und nach Schulz von Thun muss jede Äußerung eines Feedback-Gebers die vier Seiten einer Nachricht enthalten. Dabei werden die vier Seiten nicht einzeln kenntlich gemacht.

Nach Fengler (2017) hat Feedback 13 Funktionen:

- Es steuert Verhalten.
- Feedback hilft, zielgerichtet zu arbeiten.
- Es hilft bei der Fehlersuche, und fördert den persönlichen Lernprozess.
- Positives Feedback ermutigt.
- Es hebt die Motivation.
- Feedback hilft bei der Selbsteinschätzung.
- Hilfreiches Feedback kann durch Feedback erwirkt werden.
- Feedback führt zu einem Zuwachs an Einfluss – sowohl beim Empfänger wie beim Geber der Rückmeldung.
- Es hilft bei der Identifikation mit der Arbeitsumgebung und der Planung der beruflichen Entwicklung.

- Es bewirkt eine engere Verbindung mit der Aufgabe.
- Angebote können mittels Feedback leichter eingeschätzt werden und
- Feedback hilft dabei, die Qualität von Entscheidungen zu bewerten und zu beurteilen.

Feedback hilft sich selber besser einzuschätzen und sich weiterzuentwickeln. Dies geschieht insbesondere, da der eigene blinde Fleck durch Feedback beleuchtet wird. Der blinde Fleck ist eines der vier **Johari-Fenster**. Je besser das Feedback formuliert ist, desto besser kann die Feedback erhaltende Person mit dem Feedback umgehen und dieses annehmen.

Fengler nennt Kriterien für ein erfolgreiches Feedback nach Antons, 1998 (2017, S. 22):

- eher beschreibend als bewertend
- eher konkret als allgemein
- nicht zurechtweisend, sondern einladend
- verhaltensbezogen und weniger charakterbezogen
- eher sofort und in der Situation als zu einem späteren Zeitpunkt rekonstruierend
- besser klar und direkt als vage und undurchsichtig
- eher durch Dritte überprüfbar als auf dyadische Situationen beschränkt.

Gutes Feedback benötigt einige Regeln, damit es wirksam ist und unterstützend ankommt. Auf der Website der Karrierebibel sind einige Regeln aufgelistet.



Abbildung 7 aus: Karrierebibel, 2017,
<https://karrierebibel.de/feedback-geben/>



Lesen Sie auf [Seite der Karrierebibel](#) weitere Ausführungen über Feedback und die Feedbackregeln.



Schauen Sie sich zusätzlich auf Youtube das 6-minütige Erklärvideo [Wirksam Feedback geben](#) an.

3.4 Konflikte und Konfliktlösung

Konflikte gehören in zu unserem täglichen Alltag. Immer dann wenn zwei Meinungen nicht vereinbar sind, gibt es einen Konflikt.



Lesen Sie als Pflichtlektüre das Interview mit Prof. Dr. Friedemann Schulz von Thun „[Die Kunst der Kommunikation](#)“



Lesen Sie innerhalb dieses Kapitels verpflichtend [Kapitel 3 und 4.3, 4.4, 4.5 des Multimedialprogramm Kommunikation der Uni-Oldenburg zum Thema Konflikte](#)



Was sind Konflikte?

Konflikte können einem im privaten und beruflichen den „Atem nehmen“, sie können aber auch weniger intensiv sein. Zudem hat jeder Mensch in bestimmten Phasen zentrale Konflikte in sich, die uns zunächst belasten, uns dann aber motivieren uns mit uns selbst auseinanderzusetzen und

den eigenen Charakter in Auseinandersetzung mit uns und der Umwelt weiterzuentwickeln.

Arten von Konflikten

Es können verschiedene Arten von Konflikten unterschieden werden. Tabelle 5 gibt einen Überblick über mögliche Konflikte:

Tabelle 5: Konfliktarten und deren Beschreibungen

Art des Konflikts	Beschreibung
Offener Konflikt	dieser wird offen ausgetragen
Geschlossener/schwelender Konflikte	spielt zu unter der Oberfläche ab
Innerer Konflikt	Konflikt, den man mit sich selber ausmacht.
Sozialer Konflikt	Konflikt zwischen 2 Personen oder kleinen Gruppen. Rollen, Gefühle, Grundverhalten der Parteien spielen eine wichtige Rolle.
Wertekonflikt (Teil des sozialen Konflikts)	Das Verhalten der anderen Person/Gruppe wird als falsch bewertet.
Bedürfniskonflikt (Teil des sozialen Konflikts)	Das Verhalten der andern Person/Gruppe stört die eigenen Bedürfnisse oder behindert einen in der Erfüllung der eigenen Bedürfnisse
Zielekonflikt	Unterschiedliche Ziele
Beziehungskonflikt	Unterschiedliche Erwartungen, Rollenvorstellungen und Emotionen spielen eine Rolle

Nach Glasl wird zudem zwischen heißen und kalten Konflikte unterschieden. Die Einteilung in heiß oder kalt beschreibt dabei den Verhaltensstil der Konfliktpartei und die Form der Konfliktaustragung. Für die Konfliktbehandlung ist die Art des Konflikts von großer praktischer Bedeutung. Nach Glasl (2011) zeichnet sich die Partei eines **heißen Konfliktes** durch starke Begeisterung aus. In einem heißen Konflikt sind die Parteien sehr von ihrem Standpunkt überzeugt und möchten die eigenen Ideale auf die Gegenpartei übertragen. Häufig entsteht eine Atmosphäre der Überaktivität und Überempfindlichkeit. Der Vorteil dieser Konfliktart ist, dass der Konflikt erkennbar und offensichtlich und somit leichter zu lösen ist. Bei **kalten Konflikten** ist tiefe Enttäuschung, Desillusionierung und Frustration zu erkennen. Die Parteien können sich für nichts begeistern. Der/die Gegner_in wird eher geschädigt, als für die eigene Idee begeistert. Der Konflikt hat häufig eine enorme Schwere (Glasl, 2011, S. 80).



Lesen Sie dazu verpflichtend Kapitel 3.7 und 3.8 aus Glasl, F. (2011): Konfliktmanagement. Dieses Buch ist in der ASH Bibliothek ausleihbar.



e-tivity 10

Erstellen Sie ein Video (max. 200 MB Dateigröße mit 1,5 bis 2,0 Minuten Länge) mit Plotagon zu einem der genannten Konfliktarten aus Tabelle 5 oder drehen Sie ein eigenes Video und stellen Sie es für Mitstudent_innen und Dozent_innen zugänglich in Ihr E-Portfolio. Das Thema und die Hintergründe des Konflikts sollen sich auf Ihr Berufsumfeld beziehen. Geben Sie Ihr Video für Ihre Mitstudierenden und die Lehrende frei.

(Bitte lesen Sie die detaillierte Aufgabenbeschreibung auf der Lernplattform.)



Konfliktstufen nach Glasl

1980 hat Friedrich Glasl ein Stufenmodell der Eskalation veröffentlicht anhand dessen unterschiedlichen Intensitäten von Konflikten erkannt werden können. Aus der Analyse der Stufen kann eine entsprechende Konsequenz gezogen und deeskalieren gehandelt werden. Zum einen können weitere Eskalationsschritte verhindert werden oder der Konflikt kann bewusst weiter eskalieren. Es können jedoch auch Lösungen gesucht und gefunden werden und es kann ggf. Hilfe von außen geholt werden, wenn erkannt wird, dass der Konflikt nicht mehr alleine zu lösen ist (Glasl, 2011).

Im Folgenden werden die 9 Eskalationsstufen kurz aufgeführt. Für weitere Informationen lesen Sie verpflichtend Kapitel 5 „Wie es in Konflikten bergab gehen kann“ aus Glasl, Friedrich (2011, S. 96 – 122).

Eskalationsstufe 1: Verhärtung: Standpunkte verhärten sich von Zeit zu Zeit und die Konfliktparteien entwickeln innere Vorbehalte. Beide Seiten nehmen das Geschehen mehr und mehr wie durch einen Filter hindurch wahr, wodurch manchen nicht gesehen oder ausgeblendet wird.

Eskalationsstufe 2: Debatte und Polemik: Die Beteiligten gehen kaum noch auf die Argumente des anderen ein. Wichtiger ist es Recht zu haben und den eigenen Standpunkt gut darstellen zu können. Das Zuhören ist gefiltert und Schwächen und Fehler des anderen bekämpft.

Eskalationsstufe 3: Taten statt Worte: Jede Konfliktpartei macht, wovon sie überzeugt ist und stellt die andere Partei vor vollendete Tatsachen. Sobald Taten im Vordergrund stehen, beobachten sich die Parteien mit großem Misstrauen. Die non-verbale Kommunikation hat eine Schlüsselfunktion, da die Menschen schließlich nicht mehr dem gesprochenen Worten vertrauen, sondern ausschließlich auf die Körpersprache des anderen achten.

Eskalationsstufe 4: Images und Koalitionen: Ab dieser Phase nimmt der persönliche Abstand der Konfliktparteien massiv zu. Bestehende Urteile über die Konfliktgegner_innen werden nicht mehr revidiert, sondern

durch Erfahrungen immer wieder neu bestätigt. Es entstehen paradoxe Beziehungen (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1968 in Glasl, 2011).

Eskalationsstufe 5: Gesichtsangriff und Gesichtsverlust: Kränkungen und Beleidigungen sind nun keine Versehen mehr, sondern Absicht. Die Auseinandersetzung ist brutaler geworden und die Parteien denken, sich jetzt gegenseitig durchschauen zu können. Dies ist sehr dramatisch, da der Glaube an gute Seiten der Gegner ausgeschlossen wird.

Eskalationsstufe 6: Drohstrategien und Erpressung: Wenn nun noch kein Weg aus dem Konflikt gefunden wurde, dann eskaliert dieser in besonderer Härte. Beide Seiten präsentieren Forderungen und Androhung von Bestrafungen bei nicht ausführen der Forderung. Drohungen werden in der Regel durch Gegendrohungen beantwortet.

Eskalationsstufe 7: Begrenzte Vernichtungsschläge: Den beiden kämpfenden Parteien ist bewusst, dass es nichts mehr zu gewinnen gibt. Von Bedeutung ist für die Parteien, dass der Schaden auf der Gegenseite größer ist, als der eigene.

Eskalationsstufe 8: Zersplitterung des Feindes: Auf jeden Schlag erfolgt nun ein Gegenschlag mit kräftigerer Auswirkung. Der Gegner soll zugrunde gerichtet werden.

Eskalationsstufe 9: Gemeinsam in den Abgrund: Möglicherweise ist eine Partei gewillt, bis zum Äußersten zu gehen und den Gegner endgültig zu vernichten.

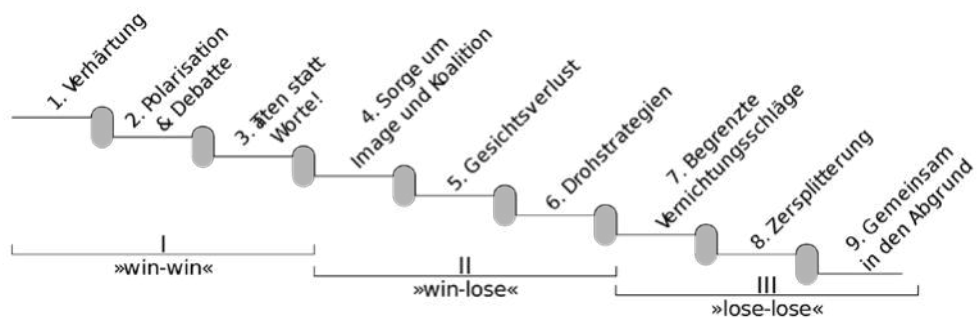


Abbildung 7 Konflikteskalation nach Friedrich Glasl (www.wikipedia.de)

Schauen Sie zur Vertiefung das 8 – minütige Video [9 Konfliktstufen nach Friedrich Glasl](#) an.

Bedeutung von Konflikten

Entscheidend für den angemessenen Umgang mit einer Konfliktsituation ist die Frage, ob nach der Klärung eine konstruktive Fortsetzung des Kontakts mit dem Anderen erwünscht ist, oder nicht. Tatsächliche Konfliktlösungen reichen von Gesprächen zwischen den Beteiligten, möglicherweise auch durch **Mediationen**, bis zu gewalttätigen Auseinandersetzungen. Hierzu zählen zwischenstaatliche Kriege oder innerstaatliche **Bürgerkriegen**.



Konflikte müssen keinesfalls negativ sein, sondern können Projekte vorantreiben und zu mehr Selbsterkenntnis führen. Schauen Sie dazu das folgende 2-minütige Video [Konflikte und Bedeutung](#) und lesen Sie als Pflichtlektüre den Artikel „Wann Streit zermürbt- und wann er stärkt“ (Ruschkowski, 2017)



Konfliktbewältigung



Lesen Sie verpflichtend Kapitel 6 und 7 von Glasl, F. (2011): Selbsthilfe in Konflikten. Dieses Buch ist in der ASH Bibliothek ausleihbar.

Zur Bewältigung von Konflikten empfiehlt es sich bereits bei ersten Anzeichen eines Konfliktes zu handeln (vgl. Glasl, 2011, S. 127 bis 140):

- Ich – Botschaften aussprechen: Es ist von enormer Bedeutung darüber zu sprechen, wie man selbst sich fühlt und nicht wie das Verhalten des Gegenübers ist. Der Gegenüber wird nicht gefordert, sondern erfährt nur die Sorge und Beweggründe des/der Sprecher_in. Durch Ich-Botschaften auch soll die eigene Mitverantwortung für den entstandenen Konflikt zum Ausdruck kommen.
- Konsens über die ungewünschte Zukunft (non-values) suchen: Mit dem Aussprechen dessen, was der Konflikt nicht auslösen soll zeigt, dass es nicht soweit kommen und eine Lösung gefunden werden soll. Ebenso wie bei den Ich-Botschaften ist es hierbei von Bedeutung an der anderen Partei keinerlei Kritik zu äußern.
- Beginnende Konflikte in einer Gruppe ansprechen: Es fällt vielen Menschen schwerer in Gruppen einen Prozess der Konfliktbearbeitung in die Wege zu leiten. Zusätzlich zu den beiden bisherigen Maßnahmen kann die Methode der Prolepsis angewendet werden. Hierbei werden mögliche Gegenargumente vorweggenommen. Zusätzlich ist es sinnvoll zu formulieren, was nicht bezweckt werden soll. Weitere Ideen sind das rotierende Tagebuch oder ein Vorbereitungsteam für die Weiterbearbeitung der Probleme.
- Nach der Selbsthilfe Nachbarschaftshilfe oder professionelle Beratung: Die bisher genannten Methoden zur Selbsthilfe können eingesetzt werden, solange der Konflikt nicht über Stufe 3 hinausgewachsen ist. Dort liegt die Grenze der Selbsthilfe.

Die Konfliktbehandlung bei den einzelnen Eskalationsstufen 1 bis 4 (vgl. Glasl, 2011, S. 141 – 175) wird im Folgenden kurz zusammengefasst:

Zur Eskalationsstufe 1: Verhärtung: Konzentrieren Sie sich auf die Kernthemen des Konflikts und suchen Sie die passenden Gesprächsmethoden aus. Problemanalysen und Entscheidungen verlaufen in der Regel spannungsreich.

Zur Eskalationsstufe 2: Debatte und Polemik: Machen Sie polarisierende Kräfte unwirksam. Unfaire Taktiken und verbale Gewalt sollten

bewusst gemacht werden und der Weg sollte weg zur Dominanz und zur partnerschaftlichen Auseinandersetzung führen.

Zur Eskalationsstufe 3: Taten statt Worte: Es gibt drei wichtige Schlüssel in dieser Stufe. Stärken Sie das Einfühlungsvermögen, lockern Sie die Rollen-Kristallisierung auf und verringern Sie die Diskrepanzen zwischen verbalen und non-verbalen Botschaften.

Eskalationsstufe 4: Images und Koalitionen: Jede der Seiten leidet darunter, dass die andere Partei ein verzerrtes Bild von der eigenen Partei hat. Die Wahrnehmung sollte korrigiert und Mechanismen der Wahrnehmungsverzerrung unwirksam gemacht werden. Dafür ist Nachbarschaftshilfe oder externe Unterstützung notwendig. Ebenfalls sollten Rollenbindungen aufgelöst werden.

Die Eskalationsstufen 5 bis 9 können nur mit professioneller Hilfe gelöst werden und werden deshalb an dieser Stelle nicht weiter aufgeführt. Das mögliche Vorgehen auf diesen Stufen kann weiterführend in Glasl (2011), Kapitel 8 nachgelesen werden.



Schauen Sie ein 6:50 minütiges Interview mit [Friedrich Glasl über Konflikte, ihre Entstehung und ihre Bearbeitung](#)



Eine bekannte Methode zur Konfliktlösung ist das **Harvard-Konzept**. Dieses wurde von Roger Fisher und William L. Ury 1981 formuliert und dient dem sachbezogenen Verhandeln, um eine konstruktive und friedliche Einigung in Konflikten zu bewirken.

Schauen Sie dazu das 2:38 minütige Video [Das Harvard Konzept einfach erklärt](#)



In Konflikten kann immer externe Hilfe ein/eine Mediator_in, d.h. ein/eine Vermittler_in hinzu gezogen werden. Dieser/Diese setzt verschiedenen Techniken und Methoden ein. Sein Ziel ist die konstruktive Beilegung eines Konflikts ein. Schauen Sie dazu das kurze Video [Mediation - Konflikte konstruktiv lösen](#) vom Bundesverband Mediation e.V.

4. Zusammenfassung

Modul A1 „Grundlagen der Kommunikation“ beinhaltet Basiswissen über Kommunikation, welches für die Module A2 bis A5 benötigt wird. Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung von Kapitel 3.

Kommunikation erfolgt zwischen **Sender_in und Empfänger_in**, entweder in gesprochener Sprache oder in schriftlicher Form. Wie der Austausch zwischen Sender_in und Empfänger_in stattfindet, wird durch das **Modell von Shannon und Weaver** dargestellt. Die Kommunikation beinhaltet nach Shannon und Weaver sechs notwendige Elemente, bei Störungen sogar sieben: Sender_in, Codierer, Signale, Gerät, Empfänger_in, Decodierer und ggf. Störungen.

Grundsätzlich gibt es verschiedenste Ansätze zur Erklärung der Kommunikation. Mit die bekanntesten sind **die fünf Axiome nach Paul Watzlawick**. Diese nennt Watzlawick: Die Unmöglichkeit nicht zu kommunizieren, die Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation, die Interpunktion von Ereignisfolgen, die digitale und analoge Kommunikation und die symmetrische und komplementäre Interaktion.

Schulz von Thun hat ein Kommunikationsmodul entwickelt, welches auch **Vier-Ohrenmodell oder Kommunikationsquadrat** bezeichnet wird. Es spiegelt die vier Seiten einer Nachricht wieder, die jede Botschaft hat, egal ob der/die Sender_in das möchte oder nicht. Die Kommunikation wird dadurch störanfällig, aber auch interessant.

Nicht nur die Kommunikation an sich kann mittels Modellen erläutert werden, sondern auch kommunikative Verhaltensmuster, wie es anhand des **Johari-Fensters** möglich ist. Dieses Fenster beschreibt bewusste und unbewusste Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale zwischen einem Selbst und anderen oder einer Gruppe. Grundsätzlich erwarten nach Grice in einem Gespräch beide Seiten, dass das **Kommunikationsprinzip** eingehalten wird. Das Prinzip beinhaltet, dass der Gesprächsbeitrag so gestaltet sein soll, wie es in der Situation und dem Gespräch erforderlich ist. Aus diesem Kommunikationsprinzip leitet Grice **vier Konversationsmaxime** ab, deren Einhaltung die Qualität und Effizienz von Konversation steigern soll. Nach Grice führt die Verletzung der Maxime zu Missverständnissen und Ineffizienz.

Zum weiteren Gelingen des Gesprächs ist es notwendig, verschiedene **Kommunikationsarten** zu betrachten: Die verbale, die nonverbale, die paraverbale und die extraverbale Kommunikation. **Nonverbale Zeichen** regulieren den Fortgang der Kommunikation und können ihn fördern oder hemmen und sind deshalb besonders aufmerksam zu beleuchten. Bei

der **verbalen Kommunikation** ist es nicht nur von Bedeutung gut sprechen und erklären zu können, sondern auch gut zuzuhören, sowie eine Portion Humor mit einfließen zu lassen.

Die Kommunikation hängt ebenfalls davon ab, in welcher **Rolle** sich Sender_in und Empfänger_in befinden. Jeder Mensch füllt verschiedene Rollen aus, die er je nach Situation und Gesprächspartner erfüllen (muss). Eine Rolle ist ein Bündel an Erwartungen, welches an eine soziale Position gerichtet ist. Aufgrund dieser Erwartungen bzw. Rollen kann ein Mensch in Konflikte kommen, in sogenannte Rollenkonflikte. Hierbei wird zwischen einem Inter- und einem Intrarollenkonflikt unterschieden.

Ein gutes Wissen über Methoden und Techniken der Gesprächsführung sind relevant, um gute Kommunikation erleben und auch in Beratungen umsetzen zu können. C. Rogers hat mit seiner **klientenzentrierten Gesprächsführung** eine bedeutende Grundlage für therapeutische, pflegende und beratende Berufsgruppen entwickelt. Seine Idee beruht auf der **Aktualisierungstendenz und der personenzentrierten Haltung**. Letztere beinhaltet die drei Prinzipien Kongruenz und Echtheit, Akzeptanz und Wertschätzung sowie Empathie und einführendes Verstehen. Daraus resultieren die vier wichtigsten Punkte für einen/eine Berater_in: wahrnehmen, zuordnen, abwägen und antworten.

Die **Neurolinguistische Programmierung (NLP)** stellt eine weitere Methode dar, deren Techniken Berater_innen im Gespräch einsetzen können. Die Grundannahme von NLP besteht darin, dass die menschliche Realität im eigenen Kopf entsteht und somit eine Konstruktion der eigenen Gedanken ist. Diese entsteht auf der Basis von Erfahrungen und legt fest, wie Menschen auf die Umwelt reagieren und diese erfahren.

Im alltäglichen Leben erleben wir **verschiedene Gesprächsformen**. Der **Dialog ist die Grundform** des menschlichen Gesprächs. Aber auch **Small Talk** ist relevant und **Diskussionen und Argumentationen** kommen vor. Dabei sind die Formen der Gesprächsführung, nämlich die **direktive und nondirektive Gesprächsführung** zu unterscheiden. Zudem wird Kommunikation durch Handlungen bestimmt, die entweder förderlich oder hinderlich, d.h. hemmend für die Kommunikation sind - sogenannte **Kommunikationsförderer und Kommunikationshemmer**. Auch Fragen sind Gesprächstechniken. Sie geben die Möglichkeit Gespräche zu lenken, Informationen zu gewinnen, aber auch neue Impulse zu setzen und zu strukturieren. Die Wahl der Fragetechnik im passenden Moment ist entscheidend.

Feedback ist ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation. Es ist der Vorgang der Rückbindung zwischen zwei oder mehrerer Personen. Im

Zusammenleben hat sich gezeigt, dass Feedback hilft, zwischenmenschliche Beziehungen zu klären und zu verbessern. Gutes Feedback benötigt einige Regeln, damit es wirksam ist und unterstützend ankommt.

Nichts desto trotz kommt es immer wieder zu Konfliktsituationen. Konflikte gehören in unseren täglichen Alltag. Immer dann, wenn zwei Meinungen nicht vereinbar sind, gibt es einen Konflikt. Es können verschiedene **Arten von Konflikten** unterschieden werden: offener Konflikt, geschlossener Konflikt, innerer und sozialer Konflikt. Glasl unterscheidet dabei noch in **heiße und kalte Konflikte**. Die Einteilung in heiß oder kalt beschreibt dabei den Verhaltensstil der Konfliktpartei und die Form der Konfliktaustragung. Für die Konfliktbehandlung ist die Art des Konflikts von großer praktischer Bedeutung. Glasl hat ein **9-stufiges Eskalationsmodell** veröffentlicht, anhand dessen unterschiedliche Intensitäten von Konflikten erkannt werden können. Aus der Analyse der Stufen kann eine entsprechende Konsequenz gezogen und deeskalierend gehandelt werden. Zum einen können weitere Eskalationsschritte verhindert werden oder der Konflikt kann bewusst weiter eskalieren. Zur Bewältigung von Konflikten empfiehlt es sich bereits bei ersten Anzeichen eines Konfliktes zu handeln. Eine bekannte Methode zur Konfliktlösung ist das **Harvard-Konzept**, das dem sachbezogenen Verhandeln, um eine konstruktive und friedliche Einigung in Konflikten zu bewirken dient. In Konflikten kann immer **externe Hilfe eines/einer Mediator_in** hinzu gezogen werden. Dieser/diese setzt verschiedene Techniken und Methoden ein. Das Ziel der Mediation ist die konstruktive Beilegung eines Konflikts.

5. Literaturverzeichnis

Antons, K (1998): *Praxis der Gruppendynamik*. Göttingen: Hogrefe.

Becker, H., Ebert, S. & Pastoors, S. (2018). Formen der Kommunikation. In: Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen. 50 Handlungskompetenzen für Ausbildung, Studium und Beruf. Springer

Bohm, D. (1998). *Der Dialog. Das offene Gespräch am Ende der Diskussionen*. Stuttgart: Klett Cotta.

Brownell, J (1996). *Listening: Attitudes, principles and skills*. Boston: Allyn, Bacon.

Burgoon, J., Walther, J., & Baesler, E. (1992). Interpretations, evaluations und consequences of interpersonal touch. *Human Communication Research*, 19, 237-267. Doi: 10.1111/j.15468-2958.1992.tb00301.x

Coburn-Staeger, U. (1973). *Der Rollenbegriff: ein Versuch der Vermittlung zwischen Gesellschaft und Individuum*. Heidelberg: Quelle & Meyer.

Delhees, K.H. (1994). *Soziale Kommunikation. Psychologische Grundlagen für das Miteinander in der modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Dorsch, F. (1994). *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Verlag Hans Huber.

Ekman, P., Friesen, W.V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior. Categories, origins, usage and coding. *Semiotica*, 1 49-98).

Fengler, J. (2017). *Feedback geben. Strategien und Übungen*. Weinheim und Basel: Beltz.

Frindte, W. (2001). *Einführung in die Kommunikationspsychologie*. Weinheim und Basel: Beltz.

Glasl, F. (2011). *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte und Berater*. Bern: Haupt.

Glasl, F. (2011). *Selbsthilfe in Konflikten. Konzepte, Übungen, Praktische Methoden*. Bern: Haupt.

Hargie, O, Dikson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication. Research, theory and practice*. 4. Auflage. London: Routledge.

Hermann, M., Hoppmann, M., Stölzgen, K., Taramann, J. (2012). *Schlüsselkompetenz Argumentation*. Uni Tipps, Band 3428, Paderborn: Schöningh.

Klein, W. (1981). Logik der Argumentation. In: P Schröder, H. Steger. *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache*.(S. 226 -263). Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann.

Kriz, J. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim/Basel: Beltz.

Kron, F. W. (2009). *Grundwissen Pädagogik*. München: Reinhardt UTB.

Meyer, H. (1987). *Unterrichtsmethoden. II: Praxisband*. Frankfurt/M.: Cornelsen.

Meyers Lexikonredaktion (1996). *Schüler Duden*. Die Psychologie. Mannheim: Duden.

Ready, R., Burton, K. (2009). *NLP-Grundlagen für Dummies*. Weinheim: Wiley-Vch Verlag.

Rogers, C.S. (2017). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Röhner, J., Schütz, A. (2016). *Psychologie der Kommunikation, Basiswissen Psychologie*. Springer Verlag Deutschland. DOI 10.1007/978-3-658-10024-7_4.

Ruschkowski, K. (2017). Wann Streit zermürbt – und wann er stärkt. *Geo Wissen*. Nr. 59, 37-48.

Schulz von Thun, F. (2000). *Miteinander Reden 1*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

Schulz von Thun Institut für Kommunikation (2017). Das Kommunikationsquadrat. Zugriff am 06.10.2017. Verfügbar unter <https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat>

Schulz von Thun, F. (2017). Die Kunst zu streiten. *Geo Wissen* Nr. 59, S. 26-33. Zugriff am 22.05.2017. Verfügbar unter

<https://www.geo.de/magazine/geo-wissen/16298-rtkl-kommunikation-psychologe-schulz-von-thun-erklaert-wie-das-miteinander>

Stangl, W. (2017). *Rolle*. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Zugriff am 12.12.2017. Verfügbar unter <http://lexikon.stangl.eu/606/rolle/>.

Thomas, A. (1991). *Grundriss der Sozialpsychologie, Bd 1 und 2*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.

Vettin, J., Todt, D. (2004). Laughter in conversation. Features of occurrence and acoustic structure. *Journal of nonverbal behaviour*, 28, 86-88, doi:10.1023/B:JONB:000002365473558.72.

Voelker, C. (2010). *Kommunikation*. Berlin: Cornelsen.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1968). *Menschliche Kommunikation*. 12. unveränderte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Watzlawick, P. (2014). Axiome. Zugriff am 06.10.2017. Verfügbar unter <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>

Wiswede, G. (1977). *Rollentheorie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Wulf, C. (1989). *Wörterbuch der Erziehung*. München: Pieper.

Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie*. Berlin: Springer.

6. Linkverzeichnis

Nr.	Bezeichnung, Titel	Urheber_in, Herausgeber_in	URL	Zuletzt eingesehen
1	Freeware: Plotagon	Plotagon	www.plotagon.com https://youtu.be/qFcc3fXCdIY (Video mit Jessica und Samir)	05.03.2018
2	Website: Paul Watzlawick	S. Bender	http://www.paulwatzlawick.de/	05.03.2018
3	Youtube Video: Die fünf Axiome der Kommunikation	The BuddyCompany	https://www.youtube.com/watch?v=p0Zv8svhwD0	05.03.2018
4	Das Kommunikationsquadrat	Schulz von Thun Institut für Kommunikation	https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat	05.03.2018
5	Youtube Video: 4 Seiten einer Nachricht nach Friedemann Schulz von Thun/Nachrichtenqua + Beispiel einfach erklärt!	The BuddyCompany	https://www.youtube.com/watch?v=FHoso4h3kCY	05.03.2018
6	Sender-Empfänger-Modell - Kommunikation alpha Lernen erklärt Deutsch	alpha Lernen	https://www.youtube.com/watch?v=VkgtMz8ZA0U&t=89s	05.03.2018

7	Paul Watzl- wicks 5 Axiome – Kommunika- tion / alpha Ler- nen erklärt Deutsch	alpha Lernen	https://www.y- outube.com/watch?v=GydVG IDyEQ0&t=3s	05.03.2018
8	Was ich noch zu sagen hätte Abschiedsvor- trag von Schulz von Thun	Universität Hamburg/ Prof. Friede- mann Schulz von Thun	https://lecture2go.uni-ham- burg.de/l2go/-/get/v/10197	05.03.2018
9	Das 4-Ohren- Modell von Frie- demann Schulz v. Thun	Gesa Maren Schmidt/Slide Share	https://de.slideshare.net/ge- samarenschmidt/das-4ohren- modell-von-friedemann- schulz-vthun	05.03.2018
1 0	Erklärfilm zum Johari-Fenster	Wikipedia	https://de.wikipe- dia.org/wiki/Johari-Fenster	05.03.2018
1 1	SW 16 _ Stilprinzip Ver- ständlichkeit/ Klar kommuni- zieren –die the- oretischen Grundlagen	Schweizeri- sche Textakamde- mie/Slide Share	https://www.slide- share.net/Akademiesli- des/sw-16-stilprinzipver- standlichkeit	05.03.2018
1 2	Grice's Maxims in 'The Big Bang Theory'	Miss Millard	https://www.y- outube.com/watch?v=vEM8g ZCWQ2w	05.03.2018
1 3	Samy Molcho - Der Körper spricht immer	infamousda- vidave	https://www.y- outube.com/watch?v=c8MNU U3Hlh8&feature=youtu.be	05.03.2018
1 4	Rolle	Online Lexi- kon für Psy- chologie und Pädagogik	http://lexi- kon.stangl.eu/606/rolle/	06.03.2018
1 5	Grundlagen der Rollentheorie (Pädagogik/	Christian Kiß- ler	https://www.y- outube.com/watch?v=Lip6sc CXh00	06.03.2018

	EW/ Psychologie)			
16	Carl Rogers on Person-Centered Therapy Video	PsychotherapyNet	https://www.youtube.com/watch?v=o0neRQzudzw	06.03.2018
17	Was bedeutet NLP	diedenkweise	https://www.diedenkweisen.de/was-ist-nlp/	06.03.2018
18	NEURO-LINGUISTISCHES PROGRAMMIEREN - Praxistipps NLP für Einsteiger - Uwe Klein in 7 Minuten	Ein Buch in 7 Minuten	https://www.youtube.com/watch?v=dPIRyF6FWzQ	06.03.2018
19	Der Dialog	Stephan Eckert/Slide-share	https://de.slideshare.net/fit4performance/der-dialog	06.03.2018
20	Ein Dialog über den Dialog – Was macht das Wesen eines Dialoges aus?	carlauerverlag	https://www.youtube.com/watch?v=2qkw4eZxmCl	06.03.2018
21	Small-Talk Tipps: Besser plaudern lernen	Karrierebibel.de	https://karrierebibel.de/small-talk-tipps/	06.03.2018
22	"Ich pups die ganze Nacht": So geht Small-talk (nicht) PULS Reportage	PULS Reportage	https://www.youtube.com/watch?v=_UDt9-a2dE	06.03.2018
23	Argumentative Cliparts	Cliparts Zone	https://cliparts.zone/argumentative-cliparts	06.03.2018

2 4	Aktives Zuhören	MariusEbert	https://www.youtube.com/watch?v=SqAwCeKuRrl	06.03.2018
2 5	Thaddaeus Korma - Aktives Zuhören	Redefabrik: Kommunikation & Charisma	https://www.youtube.com/watch?v=5ooRvTGw6hA	06.03.2018
2 6	Fragetechnik – so lenke ich das Gespräch mit Fragen	Nico Kraus	https://www.youtube.com/watch?v=5RaDk3sQ7JU	06.03.2018
2 7	Feedback geben: Regeln, Beispiele, Tipps	Karrierebibel.de	https://karrierebibel.de/feed-back-geben/	08.03.2018
2 8	Wirksam Feedback geben	Erklärvideos zu PE- und OE Themen	https://www.youtube.com/watch?v=7KMeQ6hyPBU	08.03.2018
2 9	Multimediaprogramm Kommunikation- 3. Konflikte lernen, kennen und analysieren	Universität Oldenburg	http://www.germanistik-kommprojekt.uni-oldenburg.de/sites/3/3_01.html	08.03.2018
3 0	Die 9 Konfliktstufen nach Glasl	Lian Martesko	https://www.youtube.com/watch?v=RwJa4aZ4gTA&t=4s	08.03.2018
3 1	Konflikte, Bedeutung	MariusEbert	https://www.youtube.com/watch?v=0ztNR6R-KDE	08.03.2018
3 2	Friedrich Glasl über Konflikte, ihre Entstehung und ihre Bearbeitung	managerSeminare Verlags GmbH	https://www.youtube.com/watch?v=00MtNM8EFL0&t=70s	08.03.2018
3 3	Das Harvard Konzept einfach erklärt	Milian Lazarevic	https://www.youtube.com/watch?v=UEWjUYT6cLU	08.03.2018

3	Mediation –	Bundesver-	https://www.y-	12.03.2018
4	Konflikte konstruktiv lösen	band Mediation e.V.	outube.com/watch?v=k5O062gjY_I	



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul A2:
Interprofessionelle Kommunikation

Impressum

Modulentwicklung:

Ulrike Ott

Modulverantwortung:

N.N.

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



e-tivity



Definition



Tipp



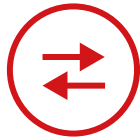
Information



Podcast



Video



Austausch

Verschiedene Icons dienen zur Kennzeichnung zusätzlicher Informationsangebote oder Aufgaben. Sie werden an betreffender Stelle am linken Seitenrand platziert.

Inhalt

1. Willkommen	8
1.1 Inhalte des Moduls.....	9
1.2 Ziele des gesamten Moduls.....	10
2. Eine bessere Versorgung durch interprofessionelle Zusammenarbeit - richtig oder falsch?	12
2.1 Ziele und Inhalte	12
2.2 Erfordernis und Hindernis in der Kooperation der Gesundheitsberufe.....	13
2.3 Kooperation geht über die Gesundheitsberufe hinaus	16
2.4	18
Zusammenfassung	18
2.5 Literatur	19
3. Begrifflichkeiten u. Definitionen im interprofessionellen Feld	21
3.1 Ziele und Inhalte	21
3.2 Terminologie	21
3.3 Entwicklung der Gesundheitsberufe - vom Beruf zur Profession?!	23
3.4 Zusammenfassung	35
3.5 Literatur	36
4. (Selbst-)Verständnis der Gesundheitsprofessionen und ihre Gemeinsamkeiten.....	39
4.1 Ziele und Inhalte	39
4.2 Die Definitionen der anderen Professionen.....	40
4.3 Die Gemeinsamkeit der Professionen	41
4.4 Zusammenfassung	42
4.5 Literatur	42
5. Berufsidentitäten	44
5.1 Ziele und Inhalte	44
5.2 Die eigene Berufsidentität.....	44

5.3 Zusammenfassung	47
5.4 Literatur	47
6. Spezialisierung und Differenzierung: Fluch oder Nutzen?.....	49
6.1 Ziele und Inhalte	49
6.2 Binnenstruktur der Gesundheitsberufe	50
6.2.1 Spezialisierung.....	52
6.2.2 Differenzierung.....	52
6.3 Zusammenfassung	55
6.4 Literatur	56
7. Spezialisierung und Differenzierung - Aufgaben in der Praxis abgrenzen	57
7.1 Ziele und Inhalte	57
7.2 Berufsspezifische Aufgaben bei der Klientin Frau Mutig	58
7.3 Zusammenfassung	59
7.4 Literatur	60
8. Die eigene Fachsprache und die anderen Fachsprachen der Berufsgruppen.....	60
8.1 Ziele und Inhalte	61
8.2 Sprachwelten	61
8.3 Eine „gemeinsame Sprache“ finden	68
8.4 Zusammenfassung	71
8.5 Literatur	71
9. Fallbesprechungen.....	73
9.1 Ziele und Inhalte	74
9.2 Die Fallbesprechung	74
9.3 Prägnant in der Fallbesprechung kommunizieren	76
9.4 Komplexität von Fallbesprechungen.....	77
9.5 Zusammenfassung	80
9.6 Literatur	81
10. Organisation und Durchführung von Fallbesprechungen	82
10.1 Ziele und Inhalte	82
10.2 Struktur der Fallbesprechung	82
10.3 Ablauf der Fallbesprechung	84
10.3.1 Exkurs: Entscheidungsprozesse in Gruppen.....	89
10.3.2 Besprechungskultur	90
10.4 Zusammenfassung	93

10.5 Literatur	93
11. Einführung der Heuristischen Fallmatrix	94
11.1 Ziele und Inhalte	95
11.2 Heuristische Fallmatrix	95
11.3 Zusammenfassung	99
11.4 Literatur	99
12. Supervision und kollegiale Beratung	100
12.1 Ziele und Inhalte	100
12.2 Supervision	100
12.3 Kollegiale Beratung	101
12.4 Zusammenfassung	103
12.5 Literatur	104
13. Prinzipien von Gruppen- und Teamarbeit	105
13.1 Ziele und Inhalte	106
13.2 Die Gruppe.....	107
13.2.1. Kleingruppen und Großgruppen	110
13.2.2 Primärgruppe und Sekundärgruppe	111
13.2.3 Formelle Gruppe und informelle Gruppe	112
13.2.4 Eigengruppe und Fremdgruppe.....	113
13.3 Gruppen zur Reifungshilfe und sachorientierte Gruppen	119
13.3.1 Teamarbeit.....	119
13.3.2 Zusammenfassung	135
13.3.3 Literatur	137
13.4 Gruppendynamische Prozesse in der Interprofessionellen Arbeit	141
13.4.1 Ziele und Inhalte	141
13.4.2 Grundlegende Dynamik in Gruppen	142
13.4.3 Phasenmodelle der Gruppe.....	144
13.4.4 Einstellungs- und Verhaltensveränderung in Gruppen.....	149
13.4.5 Feedback im Arbeitskontext	152
13.4.6 Dimensionen der Gruppenstruktur	153
13.4.7 Interprofessionelle Trainingsprogramme	162
13.4.8 Zusammenfassung	167
13.4.9 Literatur	169
14. Stereotype und Vorurteile.....	172
14.1 Ziele und Inhalte	173
14.2 Gruppennormen und -werte.....	173

14.3 Einstellungen, Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung im beruflichen Kontext.....	177
14.4 Begriffsklärung Einstellungen, Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung .	179
14.5 Vorurteile.....	187
14.6 Diskriminierung	191
14.7 Die Rolle im Interprofessionellem Team.....	194
14.7 Zusammenfassung	202
14.8 Literatur	203
15. Äußere und innere Einflussfaktoren der Kommunikation und Kooperation im beruflichen Kontext.....	208
15.1 Ziele und Inhalte	208
15.2 Einflussfaktoren auf das Team	209
15.3 Zusammenfassung	221
15.4 Literatur	223
16. Kommunikation und Koordination zwischen Organisationseinheiten.....	225
16.1 Ziele und Inhalte	225
16.2 Kommunikationsmanagement: Aufgaben und erforderliche Fähigkeiten.....	226
16.3 Koordination in der Organisation	229
16.4 Zusammenfassung	242
16.5 Literatur	243
17. Konflikte in Organisationen.....	245
17.1 Ziele und Inhalte	246
17.2 Konflikte in der Kooperation in Organisationen	246
17.3 Zusammenfassung	249
17.4 Literatur	249
18. Interprofessionelles Lernen (IPE) für Interprofessionelle Kooperation (IPC).....	251
18.1 Ziele und Inhalte	251
18.2 Interprofessionelle Kooperation lernen	251
18.3 Zusammenfassung	256
18.4 Literatur	256
19. Interprofessionelle Netzwerkarbeit	259
19.1 Ziele und Inhalte	259
19.2 Netzwerkarbeit	259
19.3 Zusammenfassung	267
19.4 Literatur	267

20. Mediennutzung für d. interprofessionelle Zusammenarbeit	269
20.1 Ziele und Inhalte	272
20.2 Mediale Kommunikation in den Gesundheitsberufen	272
20.3 Auswahl der Mediennutzung für unterschiedliche Kommunikationsziele	276
20.4 Zusammenfassung	286
20.5 Literatur	287
21. Auf Wiedersehen	289

1. Willkommen

Wenn Sie dieses Modul durchgearbeitet haben, können Sie die Notwendigkeit und die damit verbundenen Herausforderungen und Aufgaben der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitssystem einordnen. Durch erlernbares Wissen und Reflektion Ihres Handelns, durch den Austausch und das gemeinsame Problemlösen mit den Kommiliton_innen im Studiengang, sowie der damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften können Sie Ihre Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit weiter ausbauen. Diese interprofessionelle Kompetenz lässt sich kurz in der folgenden Grafik darstellen:

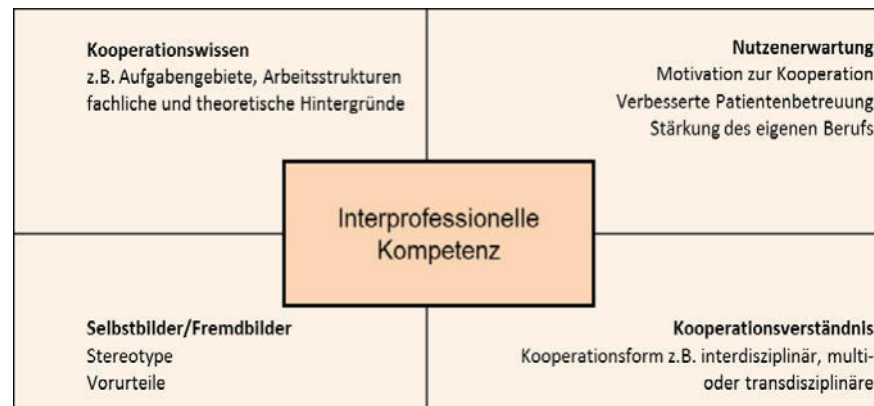


Abbildung 1. Modifiziert: Dimensionen interprofessioneller Kompetenz (Unger 2010, S. 75)

Doch bevor Sie mit der Arbeit beginnen, stimmen Sie sich bitte auf dieses Modul ein.

Wenn Sie mit dem Titel „Kommunikation und Kooperation in der interprofessionellen Zusammenarbeit“ konfrontiert sind, was löst dieses Thema bei Ihnen an Emotionen aus?

Sind Sie interessiert oder löst das Thema gemischte Gefühle aus? Oft ist unsere Wahrnehmung auf diesen Bereich unseres Arbeitslebens schon sehr vorgeprägt. Suchen Sie sich einen Smiley aus:



Überlegen Sie sich drei Fragen, die Sie am Ende des Moduls beantwortet haben möchten und notieren sie sie für sich.

- 1.....
- 2.....
- 3.....

1.1 Inhalte des Moduls

Keiner baut ein Haus allein.

Wenn interprofessionelle Kommunikation und Kooperation betrachtet wird, findet diese im Gesundheitssystem im Kontext der Gesellschaft statt. Diesen Blickwinkel gilt es im ersten Drittel des Moduls zu untersuchen. So drehen sich die ersten fünf Kapitel um die Verankerung der interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung, um die Entwicklung der Gesundheitsberufe, das Selbstverständnis und die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Professionen, die Berufsidentitäten und die Spezialisierung und Differenzierung der Berufe.

Der zweite große Block beschäftigt sich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit, in der Klient_innen im Fokus stehen: die Fachsprachen der Gesundheitsfachberufe, Grundlagen die Fallbesprechungen und deren Organisation und Durchführung, die enge Absprache im Behandlungsprozess mit der heuristischen Fallmatrix sowie die Supervision und kollegiale Beratung.

Im dritten Teil stehen die Kommunikation und Kooperation der Mitarbeiter_innen untereinander im Zentrum. Dabei gibt es zwei große Richtungen: die Arbeit im Team und die bestimmenden Strukturen in der Organisation. Zum Ersten gehören die Prinzipien von Gruppen- und Teamarbeit sowie Stereotype und Vorurteile, äußere und innere Einflussfaktoren der Kommunikation im Team. Zum Zweiten gehören die Koordination zwischen Organisationseinheiten, Konflikte in der sozialen Organisation sowie die Mediennutzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Das gemeinsame Lernen als auch weiterführende Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit, wie Forschung und Netzwerkarbeit, werden ebenfalls Thema sein.

Auf Modul A1 aufbauend und vertiefend steht die Anwendung der Kommunikation und Kooperation im Mittelpunkt.

In diesem Modul wird der Begriff, Klient_in' verwendet, da in aktuellen Diskussionen dieser Begriff zunehmend genutzt wird, um eine Subjektorientierung in der Behandlung in den Vordergrund zu stellen.

Das Modul ist so aufgebaut, dass es zu der Pflichtlektüre auch Lesestoff zur Vertiefung geben wird, dieser ist optional und kann gelesen werden, wenn Sie großes Interesse haben und es Ihre Zeit erlaubt. Gleiches gilt für die Aufgaben: Es gibt verpflichtende *e-tivities* und *optionale Reflexionsaufgaben*.

1.2 Ziele des gesamten Moduls

Die Studierenden...

- wissen um die Vorteile und Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit und die sich daraus ergebenden Aufgaben auf der Makro-, Meso-, und Mikroebene.
- reflektieren Ihre eigene Haltung zur interprofessionellen Zusammenarbeit.
- grenzen die grundlegenden Begriffe zur interprofessionellen Kommunikation voneinander ab und erklären sie.
- haben ausreichendes Wissen über die anderen Professionen im Studiengang und haben Kenntnisse von dem Ziel, (Ausbildungs-) Inhalten und z.T. Methoden der anderen Berufsgruppen.
- reflektieren ihre eigene Berufsidentität und vertiefen sie, stellen sich durch eine Identität des eigenen Berufs besser auf andere Professionen ein.
- kennen Notwendigkeiten und Probleme der Differenzierung und Spezialisierung in den Gesundheitsberufen und nehmen die daraus folgenden Kommunikationsprobleme wahr und entwerfen erste Lösungen.
- stellen die diversen Perspektiven der interprofessionellen Arbeit dar und diskutieren sie.

- nehmen ihre eigene Fachsprache wahr und reflektieren diese und finden eine Zielgruppenspezifische „gemeinsame Sprache“.
- erkennen die vielfältigen Einflussfaktoren auf die Fallbesprechung und kennen Auslöser, Zweck und Gegenstand der Fallarbeit, sowie können eine Fallbesprechung planen und durchführen.
- einigen sich anhand der Heuristischen Fallmatrix intersubjektiv und handeln einen gemeinsamen Behandlungsprozess aus.
- grenzen Supervision und Kollegiale Beratung voneinander ab und wenden sie auf ihren Studien- und Arbeitskontext an.
- nutzen Prinzipien der Teamarbeit und Gruppenprozesse für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit.
- kennen die Bedeutung von Normen und Werten in Gruppen, sind sich über Stereotypen und Vorurteile im beruflichen Kontext bewusst und kennen die Auswirkung von Rollen auf die interprofessionelle Kommunikation.
- wirken mit ihrem Wissen um Kommunikation und Kooperation gestaltend in Organisationen.
- nutzen unterschiedliche Medien zur Kommunikation und wissen um die Auswahl der Mediennutzung für unterschiedliche Kommunikationsziele.
- wissen um die Ausbildung eines gemeinsamen mentalen Modells.
- kennen die Notwendigkeit von interprofessioneller Forschung mit Fokus Kommunikation und wissen um die Wichtigkeit von Netzwerken und von deren Strukturen.

2. Eine bessere Versorgung durch interprofessionelle Zusammenarbeit - richtig oder falsch?

Jegliche Zusammenarbeit im beruflichen Kontext ist mit Kooperation verbunden. Sei es die Zusammenarbeit in Teams, zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden. Ebenso gehört die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen und die Beziehung zu Klient_innen dazu. Jedoch ist eine nicht gelungene Kooperation häufig in der Praxis der Normalfall. In diesem Kapitel wird erarbeitet, welche Erfordernisse und Hindernisse grundlegend für ein gutes Kooperationsverständnis wichtig sind. Für eine gelungene Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachberufen sind zahlreiche Aufgaben auf der Makro-, Meso- und Mikroebene zu bewältigen. Diese Thematik greift das nächste Kapitel auf.

2.1 Ziele und Inhalte

Ziele

Die Studierenden...

- wissen um die Vorteile und Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit.
- kennen die Notwendigkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit und die sich daraus ergebenden Aufgaben auf der Makro-, Meso-, und Mikroebene.
- reflektieren ihre eigene Haltung zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Studieninhalte

- Vorteile für die Klient_innen durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit.
- Erkennen und Überwinden der Hindernisse in der interprofessionellen Versorgung

- Die Aufgaben des Gesundheitssystems und der Mitarbeitenden im Gesundheitssystem bei der Entwicklung einer besseren interprofessionellen Kooperation.



2.2 Erfordernis und Hindernis in der Kooperation der Gesundheitsberufe

Wird der Mensch krank und braucht professionelle Hilfe, benötigt er/sie häufig die Unterstützung der verschiedenen Gesundheitsberufe und wünscht sich, dass alle am Behandlungsablauf Beteiligten gut zu seinem/ihrem Wohl zusammenarbeiten. In diesem Sinne sollten anstehende Behandlungsschritte in gemeinsamen Teamsitzungen geplant, koordiniert und evaluiert werden. Doch in der gemeinsamen Arbeit kommt es immer wieder zu Störungen oder es gibt keine Strukturen dafür, wie z.B. in der ambulanten Versorgung.

Wenn Fachleute aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens gut zusammenarbeiten, kann dies die Qualität der angebotenen medizinischen Versorgung positiv beeinflussen (Zwarenstein, & Reeves 2006). Ist keine gute Zusammenarbeit gewährleistet, z.B. durch Verdichtungen von Arbeitsabläufen und Schwierigkeiten in der Kommunikation und Interaktion des Gesundheitspersonals, können Probleme in der Klient_innenversorgung auftreten. Es wird beispielsweise eine wichtige Intervention vergessen, doppelt ausgeführt oder es kommt zu Verzögerungen in der Behandlung. Mitarbeiter_innen arbeiten oft unter einem hohen zeitlichen Druck, dabei wird häufig eine Wahl zwischen verschiedenen Handlungsaspekten getroffen, die gleichzeitig interprofessionell kommuniziert und den Anforderungen und Bedürfnissen der Klient_innen gerecht werden sollen. Verdichtungen sind im Berufsleben in den letzten Jahren zahlreich entstanden, u.a. durch den Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen und aufgrund der zunehmend anspruchsvollen Behandlungen (SAMW 2014). Ein Lösungsansatz für diese Problematik könnte eine veränderte Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem sein. Eine hieraus gezogene Schlussfolgerung sollte die veränderte Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem sein. Sie orientiert sich weniger an hierarchischen Strukturen oder an formellen Titeln, sondern blickt auf die vorhandenen Kompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe. Die Arbeit im Team gewinnt durch

solche Aushandlungsprozesse noch mehr an Bedeutung. Die entstehenden Herausforderungen müssen im Sinne der Klient_innen und der Professionals auf den unterschiedlichen Ebenen (Makro-, Meso-, und Mikroebene) begonnen werden.

Die Fokussierung auf die Einzelinteressen der jeweiligen Berufsgruppe mit dem Versuch, die Situation allein innerhalb der Berufsgruppe zu optimieren, scheint in der heutigen Zeit nicht mehr zielführend zu sein. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2000 und 2007) befasst sich mit der Effizienz und Effektivität unseres Gesundheitssystems. Er diagnostiziert insbesondere den Mangel an Flexibilität, Interprofessionalität und Koordination der Gesundheitsberufe und empfiehlt einen fortgesetzten Professionalisierungsprozess, der bereits in der Ausbildung eingeleitet und angelegt werden soll.

Während es auf der einen Seite folgerichtig und einfach ist herauszustellen, dass Kooperation der Gesundheitsberufe sinnvoll ist, können andererseits viele Professionelle aus der Praxis eine große Anzahl an Beispielen nennen, wo eine schwierige Kooperation in der Zusammenarbeit vorhanden ist. Die Hindernisse in der Arbeit mit den Klient_innen werden oft eindrücklicher wahrgenommen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird vernachlässigt (Vollmer & Wehner 2013). Interprofessionelle Zusammenarbeit scheint also ein komplexes Geschehen zu sein, das zahlreiche Hindernisse mit sich bringt und nicht leicht zu bewerkstelligen ist. Im Folgenden sollen drei Herausforderungen benannt werden:

- Interprofessionalität erfordert viel Wissen über das Wissen der anderen Berufsgruppen. Aber niemand kann alles Wissen beherrschen. Auf Rand- und Fremdgebieten ist man anfälliger für Irrtümer.
- Interprofessionalität erfordert Vereinfachungen, diese können zu Verfälschungen führen. Um einer fachfremden Person etwas aus dem eigenen Fach zu erläutern, sind Vereinfachungen nötig.
- Interprofessionalität kann zu Verständigungsschwierigkeiten und Missverständnissen führen. Interprofessionelle Zusammenarbeit steht vor einem Dilemma: Je näher die Gebiete, Fächer, die Kompetenzen bei

den Berufsgruppen sind, desto einfacher ist die Verständigung. Dafür gewinnt die Zusammenarbeit weniger neue Erkenntnisse. Für das andere Extrem gilt: Je entfernter die Gebiete, desto besser ergänzen sie sich; aber die Kommunikation ist erschwert (Vollmer 2013).

e-tivity 1

Bessere Versorgung durch interprofessionelle Zusammenarbeit?

Schritt 1: Schauen Sie das Plotagon-Video auf der Lernplattform an (ca. 4 Min).

Schritt 2: Welche Argumente sprechen für eine berufsübergreifende Zusammenarbeit, welche sprechen dagegen? Notieren Sie für sich eigene Gedanken und Erfahrungen zu Erfordernissen und Hindernissen interprofessioneller Arbeit.

Schritt 3: Lesen Sie den Text Sachverständigenrat (2007). „Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ bis S. 28

Schritt 4: Auf der Basis des gelesenen Textes: Welche Aufgaben zur Gestaltung interprofessioneller Arbeit in der Gesundheitsversorgung ergeben sich für das Gesundheitssystem? Splitten Sie diese für die Makro-, Meso- und Mikroebene auf.

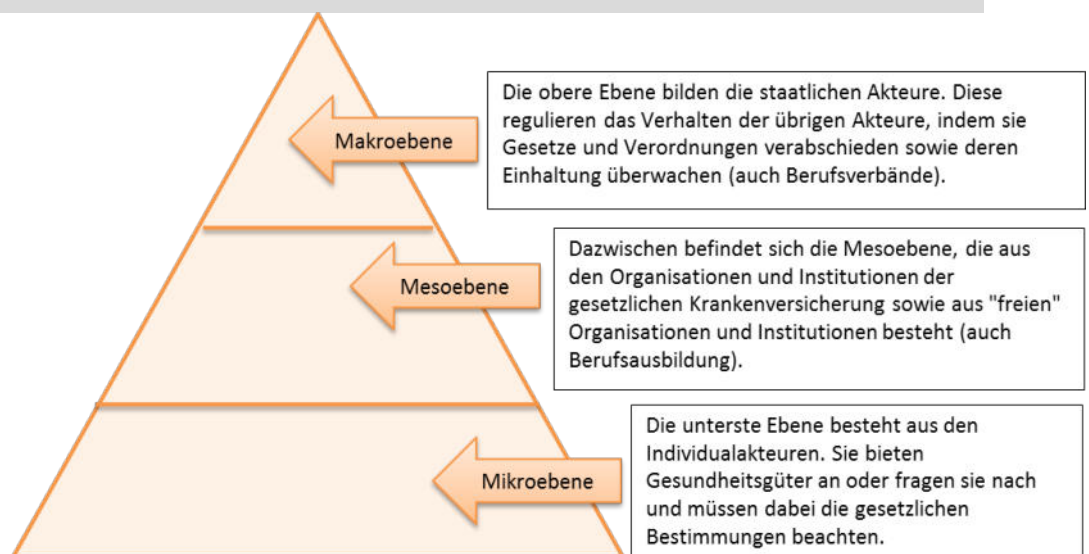


Abbildung 2: Eigene Abbildung (nach Esser 1999)

2.3 Kooperation geht über die Gesundheitsberufe hinaus

Dieser Abschnitt befasst sich schwerpunktmäßig mit der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe dieses Studiengangs: Pflege, Logopädie, Ergo- und Physiotherapie. Das Zusammenwachsen dieser vier Professionen bietet eine Herausforderung. Die Kooperation im Gesundheitswesen und darüber hinaus ist allerdings wesentlich komplexer. Die Zusammenarbeit mit Ärzt_innen stellt sich oft kompliziert dar. Die Begegnung auf Augenhöhe zwischen Ärzt_in und Pflegenden sowie Therapeut_innen ist nicht selbstverständlich, es fehlt des Öfteren ein menschlicher und fachlich wertschätzender Umgang. Die Umfrage des „Picker Report“ (2014) unter 11.000 Pflegenden und 5.000 Ärzt_innen zeigte, dass Ärzte und Pflegekräfte mit der interprofessionellen Kommunikation in der Praxis unzufrieden sind und Probleme bei Visiten und Teambesprechungen haben. In der Studie von Schärli et al. (2017) über die „Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft“ werden folgende Einflussfaktoren auf die Kooperation beschrieben:

- Werte und Haltungen auf Personen- und Teamebene unterscheiden sich ebenso wie unterschiedliches Auftreten, die Kultur, die Hierarchiestufe und wirtschaftliches Denken.
- Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit der Pflegepersonen und Ärzt_innen, sind Merkmale wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Selbstsicherheit und Glaubwürdigkeit und Fähigkeiten hinsichtlich der Kommunikation, Teamfähigkeit oder das Verhandlungsgeschick. Für die interprofessionelle Arbeit wird als besonders entscheidend bewertet, ob sich die verschiedenen Kompetenzen im klinischen Alltag nutzen lassen.
- Unter Strukturen und Prozessen werden klar definierte Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie Kontinuität im Team als wichtige Einflussfaktoren benannt. Die räumliche Nähe hat ebenso Einfluss auf die Zusammenarbeit.

Über den Gesundheitsbereich hinaus ist die interprofessionelle Kooperation und Zusammenarbeit, z.B. bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen mit Pädagog_innen, Sozialarbeiter_innen und Werkstattmitarbeiter_innen erforderlich, um die schulische Bildung von Kindern und das Wohnen sowie die Arbeit für Erwachsene mit besonderem Bedarf zu gewährleisten.

Zunehmend interessant ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen und Nicht-Gesundheitsberufen. Da Gesundheitsprobleme sehr weit gefasst sein können, sind nicht nur Gesundheitsberufe im engeren Sinn, sondern auch andere Berufsgruppen bei Problemlösungen für die Versorgung von Klient_innen beteiligt. So gibt es z.B. an der Universität Herdecke einen Lehrstuhl dessen Aufgabe es ist, Fragen der Zusammenarbeit von Gesundheits- und Nichtgesundheitsberufen in der multiprofessionellen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu bearbeiten. Als „Versorgungsbeteiligte“ werden hier nicht nur die Gesundheits- und Sozialberufe verstanden, sondern auch Nicht-Gesundheits-Berufsgruppen aus technischen, politischen, stadtplanerischen, juristischen und ökonomischen Tätigkeitsfeldern, die indirekten, strukturbildenden Einfluss auf die Versorgung nehmen.



Link zur Universität Witten/ Herdecke

<https://www.uni-wh.de/>

Die architektonische Planung eines Krankenhauses kann beispielsweise durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit so gestaltet werden, dass das Gebäude einen hilfreichen Einfluss auf das Verhalten, die Orientierung und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz hat und auch für nicht an Demenz Erkrankte gesundheitsfördernd ist. Gerade ökonomische Fragen können in Zukunft nicht mehr nur den Verwaltungskräften und den Krankenkassen überlassen werden. In einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit Entscheidern ist es erforderlich, dass die Mitarbeiter_innen aus den Gesundheitsberufen mit betriebswirtschaftlicher Sachkompetenz argumentieren können

und sich mit der Denkweise und den Fachkenntnissen vertraut machen. Umgekehrt ist eine Zusammenarbeit im Studium wünschenswert, so dass auch Verwaltungskräfte über die Notwendigkeiten der Gesundheitsversorgung informiert sind. Dies bewirkt einen Klient_innen- und krankheitsbezogenen Blick auf das Gesundheitswesen. Wenn Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben zentraler werden, wird ebenfalls die Zusammenarbeit mit Unternehmen relevanter. Die Kooperation vieler für die Gesundheitsversorgung relevanter Berufsgruppen sollte möglichst frühzeitig, z.B. in übergreifenden Praxisprojekten, geübt werden.



Zur Vertiefung (s. Lernplattform) empfiehlt es sich, „über den Tellerrand“ hinauszuschauen. So auch bei dem nun folgenden Artikel: „Höppner, K.; Kuhlmeiy, A. (2009): Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen“, der den Blick über Deutschland hinauswagt und die Zusammenarbeit vor allem von Pflegekräften und Ärzt_innen thematisiert. Oder Sie lesen sich die erwähnte Studie von Schärli et al. (2017) zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Ärzteschaft.



Selbstreflexion (optional) Interprofessionelle Kooperation versus eine lose (multiprofessionelle) Zusammenarbeit - Reflektieren Sie dieses Themenfeld vor Ihrem persönlichen beruflichen Hintergrund.

2.4 Zusammenfassung

Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sind tägliche Praxis. Für das Wohl der Klient_innen, die eigene Arbeitszufriedenheit und um Arbeitsabläufe zu optimieren, ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit unerlässlich.

Gewinne einer guten Zusammenarbeit werden u.a. in den Studien von Firth-Cozens, 2001; Yeager, 2005; Zwarenstein & Reeves, 2006 und Manser, 2009 dargelegt. Weniger und kürzere Verzögerungen der Dienstleistung, größere Effizienz, größere Berufszufriedenheit, tieferer Stresslevel der Mitarbeiter_innen, verbesserte Patientenzufriedenheit, verbesserte klinische Effektivität,

kleinere Fehlerrate, bessere Versorgungsqualität und –sicherheit und verkürzte Aufenthaltsdauer der Klient_innen sind die beschriebenen Outcomes.

2.5 Literatur

Dahlgard, K. (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. In: Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 104 (2010). S. 32–38. Verfügbar unter http://prof-dahlgard.de/mediapool/129/1297255/data/Dahlgard_Teamorientierte_Zusammenarbeit.pdf. Zugriff am 30.01.2019

Esser, H. (1999). Soziologie: allgemeine Grundlagen. 3. Aufl. Campusverlag, Frankfurt New York.

Firth-Cozens., J. (2001) Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. Qualitative Health Care, 10, 26 – 31.

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53, 143 – 151.

Höppner, K./ Kuhlmei, A.: Gesundheitsberufe im Wandel. In: GGW 2009, Jg. 9, Heft 2 (April), S. 7–14. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0409.pdf. Zugriff am 30.01.2019.

Picker Report (2014). Qualitätsdiskussion in Deutschland: Gleichung mit zwei Unbekannten. Picker Institut Deutschland GmbH.

Robert Bosch Stiftung (2013). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung. Zugriff am 15.01.2019. Verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung. Bonn: Nomos Verlag. Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf

SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Medizinischen Wissenschaften (2014). Charta Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen., Basel. Zugriff

am 15.01. 2019. Verfügbar unter https://www.samw.ch/dam/jcr:c5fd1ba0-03f4-4e7a-adaa-2ab50a56253b/charta_samw_zusammenarbeit.pdf

Schärli, M., Müller, R., Martin J.S., Spichiger E., Spirig R. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft. Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten. Hogrefe, Pflege 1-11. Zugriff am 15.01. 2018. Verfügbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302/a000531>

Unger, A. (2010). Entwicklung interprofessioneller Kompetenz in der Ausbildung. In: Marzinik, K., Nauerth, A., Walkenhorst, U. (Hrsg.): Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich. Berlin: Lit-Verlag. S.67-88.

Universität Witten/Herdecke. Department für Pflegewissenschaft. Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen. Zugriff am 15.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.uni-wh.de/studium/studiengaenge/multiprofessionelle-versorgung-von-menschen-mit-demenz-und-chronischen-einschraenkungen-ma/>

Vollmer, A. & Wehner, T. (2013). Arbeit und Organisationen verändern sich: Was ist geblieben, was wird bleiben? In T. Hake (Hrsg.), Von der Herausforderung, die Lösung (nicht) nicht zu kennen. Entwicklungskonzepte für Organisationen und Menschen in Zeiten rapiden Wandels (S. 9-19). Heidelberg: Carl Auer-Verlag.

Vollmer, G. (2013). Interdisziplinarität – unerlässlich, aber leider unmöglich? In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, Th., Voigt, U. (Hrsg.) Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. WBG Darmstadt. 2. Auflage, S 47-76.

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2010) Framework for action on interprofessional education and cooperative practice, WHO Nr. 10.3. Zugriff am 15.01. 2018. Verfügbar unter http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Zugriff am 15.01.2015. Verfügbar unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

Yeager, S. (2005). Interdisciplinary collaboration: the heart and soul of healthcare. Critical Care Nursing Clinics of North America, 17 (2), 143 – 8.

Zwarenstein, M.; Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: where the rubber of evidencebased care hits the road of teamwork. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26 (1), 46 – 54.

3. Begrifflichkeiten und Definitionen im interprofessionellen Feld

Co-Autorin Wibke Hollweg

Interprofessionell, transdisziplinär, multiprofessionell, - all diese Begriffe klingen ähnlich, meinen aber nicht das Gleiche. Begrifflichkeiten der interprofessionellen Gesundheitsversorgung werden bisher nicht einheitlich verwendet und Sprachkonventionen zum Teil unkritisch übernommen. Die Bezeichnungen „interprofessionell“ und „interdisziplinär“ werden z.B. häufig als Oberbegriffe für alle möglichen Formen von berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit genutzt. Vielleicht fragen Sie sich warum eine genaue begriffliche Klärung überhaupt so wichtig ist? Mit Sprache werden immer auch Einstellungen und Haltungen vermittelt und indirekt Fragen beantwortet wie z.B. „Wie sehe ich die anderen Gesundheitsberufe?“ und „Wie möchte ich die Zusammenarbeit verstehen und gestalten?“.

3.1 Ziele und Inhalte

Die Studierenden grenzen die grundlegenden Begriffe zur interprofessionellen Kommunikation ab und können sie auf Ihren Studien- und Arbeitskontext anwenden.

Studieninhalt

Begriffe im interprofessionellen Feld, insbesondere Begriffe der interprofessionellen Zusammenarbeit.

3.2 Terminologie

Um mit verschiedenen Disziplinen und Professionen zusammenzuarbeiten, ist es dringend erforderlich, dass alle Beteiligten wissen, worüber sie sprechen.



Dies gilt sowohl für die Zusammenarbeit in der Praxis, als auch für die Forschung und Lehre. Mitzkat et al. (2016) plädieren deswegen in ihrem Artikel „Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld“ für eine möglichst einheitliche Terminologie. Sie stellen in Ihrem Artikel eine deutsche Übersetzung der Begriffe und Definitionen aus dem Kapitel „Terminology“ aus den Autorenrichtlinien des Journal of Interprofessional Care (JIPC) zusammen.

Folgende Schlüsselbegriffe mit jeweils dazugehöriger Definition (Barr et al. 2010) sollen in diesem Studiengang möglichst durchgängig Verwendung finden:



Disziplinen sind definiert als weite akademische Felder, wie zum Beispiel die Anthropologie, die Ökonomie, die Geographie, die Volkswissenschaften und die Politikwissenschaften.

Professionen sind im Allgemeinen Berufsgruppen, die Dienstleistungen für andere anbieten. Ursprünglich wurde dieser Begriff verwendet, um die stärker etablierten Professionen, wie Krankenpflege, Medizin und Sozialarbeit zu beschreiben. Aufgrund der fortlaufenden Erweiterung der verschiedenen Rollen in den Gesundheits- und Sozialberufen kann er allerdings auch verwendet werden um neue Berufsgruppen zu beschreiben, womit eine integrativere Definition dieses Begriffs bereitsteht.

Wenn im Folgenden von der Zusammenarbeit, Kommunikation, Kooperation oder Teamarbeit der Berufsgruppen aus der Pflege und der Physio-, und Ergotherapie und Logopädie gesprochen wird, findet demnach der Begriff „**interprofessionell**“ und nicht „**interdisziplinär**“ Verwendung. Dies entspricht auch der internationalen Terminologie.

Disziplinen, die für die Gesundheitsberufe Pflege, Physio- und Ergotherapie und Logopädie besonders relevant sind, sind z.B. die

Gesundheitswissenschaften, die Medizin und Sozialwissenschaften wie die Soziologie und die Psychologie.

Die Position, ob es für die genannten Gesundheitsberufe schon eigenständige wissenschaftliche Disziplinen gibt, wie z.B. die Ergotherapiewissenschaft, wird kontrovers diskutiert. Gegner_innen plädieren eher dafür, Forschung aus der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie als Unterbereiche der Gesundheitswissenschaften zu sehen, Befürworter_innen, wie z.B. die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. sprechen sich deutlich für die (Weiter-)Entwicklung eigener wissenschaftlicher Disziplinen aus. Die Logopädie nimmt hier eine Sonderstellung ein, da es bereits historisch gewachsen aus der Linguistik und akademischen Sprachtherapie eine etablierte wissenschaftliche Disziplin der Sprachwissenschaft gibt.

3.3 Entwicklung der Gesundheitsberufe - vom Beruf zur Profession?!

Disziplin



Disziplin bedeutet lt. Duden auch: „das Einhalten von bestimmten Vorschriften, vorgeschriebenen Verhaltensregeln o. Ä.; das Sicheinfügen in die Ordnung einer Gruppe, einer Gemeinschaft“ (www.duden.de/rechtschreibung/Disziplin).

An Universitäten und in der Wissenschaftsforschung werden das Fach, der Fachbereich, die Fachrichtung und ein Forschungsgebiet als Disziplinen bezeichnet. Wie sie sich genau zueinander verhalten, dazu gibt es keine eindeutige Definition (Fischer 2010).

Der Disziplin wird eine entscheidende Bedeutung für die dynamische Entwicklung und Leistungsfähigkeit des Wissenschaftssystems beigemessen.

Der Soziologe Rudolph Stichweh (1984) führt diese Thematik in dem Text: *Zur Entstehung des modernen Systems wissenschaftlicher Disziplinen* aus (Stichweh, 1984).



Interdisziplinarität erfordert eine Erweiterung der wissenschaftlichen Wahrnehmungsfähigkeit über die Grenzen des eigenen Fachgebiets hinaus. Interdisziplinarität kann somit als ein Gegenpol zur Spezialisierung gesehen werden.

Der Begriff „interdisziplinär“ wird jedoch zunehmend kritisch betrachtet. *„Vom Konzept „der“ Interdisziplinarität lässt sich nicht oder nicht mehr sprechen, da die gegenwärtige Vielfalt der Bedeutung des Begriffs seiner eindeutigen Zuordnung entgegensteht“* (Reisinger 1994, S.115 ff.). Zudem wird diskutiert, ob sich die Gesundheitsberufe als gemeinsame Disziplin oder sogar als einzelne Disziplinen verstehen können. In der Regel können **akademische Disziplinen** zur Erreichung dieser Aufgaben auf langjährige akademische Entwicklung zurückgreifen. Diese lange Erfahrung fehlt den Disziplinen der Gesundheitsberufe und sie sind in ihrer Akademisierung auf andere etablierte Wissenschaften angewiesen. Um der Forderung nach evidenzbasierter Praxis nachzukommen muss sich die Wissenschaft der Pflege und Therapieberufe etablieren, auch wenn die eigene Identität als wissenschaftliche Disziplinen noch nicht erreicht ist.

Auch Walkenhorst proklamiert die gleichzeitige Akademisierung in den Gesundheitsberufen und den gemeinsamen Aufbau von Forschung, die Auseinandersetzung mit den Forschungsgegenständen, Forschungsmethoden und Theorieentwicklungen damit eine Verwissenschaftlichung beginnt, deren interdisziplinärer Diskurs eine Voraussetzung für den Aufbau wissenschaftlicher Disziplinen ist (Walkenhorst, 2016).

Beruf



Laut Duden kann der “Beruf“ einerseits als (erlernte) Arbeit und Tätigkeit, mit der man sein Geld verdient und andererseits als innere Berufung oder Bestimmung verstanden werden (www.duden.de/suchen/dudenonline/Beruf).

Berufe sind im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen der ständigen Veränderung unterworfen. Zur Entwicklung einer Tätigkeit zum Beruf schreiben Bartholomeyczik et al.: *„Mit der Ausdifferenzierung einer Aufgabe und ihrer gesellschaftlichen Anerkennung sowie ihrem Wandel zur Hauptaufgabe von Personen, die damit ihren Lebensunterhalt sichern, beginnt die Entwicklung eines Berufes, der sich in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung positionieren muss.“* (Bartholomeyczik et al. 1997, S. 1)

In Deutschland hat der Beruf eine hohe kulturelle und faktische Bedeutsamkeit, die an den Berufsbildungsabschluss gebunden ist. Der Beruf und damit auch die Berufsausbildung bilden den strukturellen und symbolischen Bezugspunkt für den Aufbau einer Erwerbsbiographie, für die gesellschaftlich anerkannte Abfolge von Arbeitstätigkeiten die aufeinander bezogen sind. Sie ermöglicht die stufenweise Entfaltung von Lebensplänen und ist verbunden mit der Bildung einer Identität der Person.

Für den Beruf gelten folgende Merkmale:

- Für die Ausübung des Berufes ist eine einheitliche Ausbildung Voraussetzung.
- Die Berufstätigen sind meist in Berufsverbänden organisiert.
- Die Mitglieder_innen des Berufs haben eine gemeinsame Berufsethik, die in einem Berufskodex gegründet ist. Wer diesen Kodex nicht einhält, muss mit Sanktionen rechnen.
- Der Beruf ist gesetzlich anerkannt.
- Nur die Personen, die die festgelegte Ausbildung mit gutem Erfolg abschließen, dürfen den Beruf ausüben und verfügen über eine sichere Handlungsautonomie, die durch die Berufsgruppe selbst kontrolliert wird (Hoffmann et al. 2011).

Durch die Akademisierung in den Gesundheitsberufen bedarf es neuer Konzepte in der Umsetzung der Berufsgesetze und der Gestaltung der Curricula (Walkenhorst 2011). In den Ausführungen wird die damit verbundene Komplexität der Übergangsprozesse aufgezeigt. Wissenschaftliche Aspekte, die den

Akademisierungprozess begleiten sieht Walkenhorst in gesundheitswirtschaftlichen, berufspolitischen, professionssoziologischen, bildungspolitischen, berufspädagogischen und individuell berufsbiografischen Übergangsprozessen. Alle Übergangprozesse bedingen sich gegenseitig und erhöhen dadurch die Komplexität (ebenda).

Profession



Es existiert zum Begriff Profession in der Fachwelt keine allgemein gültige Definition. Zur Zeit des Ständerechts wurden diejenigen Berufe „Professionen“ genannt, die mit unabsehbaren Problemstellungen zu tun hatten, u.a. kreative Berufe. Professionen waren Berufe, die keine großen Traditionen hatten (Stichweh 1994). In der heutigen Zeit geht es bei dem Professionsbegriff oft um die Akademisierung, weitgehende Standardisierung der Ausbildungsgänge und Regulierung des Zugangs. Stichweh 1992 sieht die Fähigkeit einer Profession darin, Probleme nicht in der Diffusität zu belassen in der sie lebensweltlich vorliegen, sondern sie vielmehr von dem Kern professioneller Wissensbestände her zu re-definieren (ebenda).

Oevermann (1996) und dessen Professionsbegriff bezieht sich insbesondere auf soziale Berufe mit dem Anspruch auf den Professionsstatus. Oevermann sieht den Grund für die Existenz und den Status von Professionen darin, dass professionelle Akteure Menschen mit relevanten Handlungsproblemen auf fachlich-wissenschaftlicher Grundlage stellvertretende Deutungen anbieten. Durch eine stellvertretende Deutung verknüpft der professionell Handelnde sein generalisiertes Regelwissen und hermeneutisches Fallverstehen mit den Strukturproblemen der Lebenspraxis der Klient_innen.

Zentral dabei ist, dass sich die Wissenschaft deutlich von der Praxis unterscheidet und eine gegenseitige Autonomie von Wissenschaft und Praxis gewährleistet werden muss. Erst diese wechselseitige Respektierung der Autonomie erlaubt es der Wissenschaft, unabhängig und auch gegen Widerstände aus der Praxis zu forschen (Oevermann 1996). Auf der anderen Seite müsse für die Praxis gelten, dass sie in ihren Entscheidungen autonom bleibt.

Eine weitere Option besteht darin, den Grad der Profession festzustellen, externe Merkmale der Professionsbildung gemäß der Medizin, Juristerei und der Theologie zu bestimmen (Combe & Helpser 1995). Hier werden folgende Eigenschaften der Profession genannt:

- Systematisches und wissenschaftliches Wissen existiert für spezifische Verfahren der Aneignung.
- Berufsständische Werte und Normen (code of ethics) sind handlungsleitend und gesetzliche Beschränkung des Eigeninteresses. Als kontrollierenswert gilt u.a. die Ausrichtung der Berufsausübung an finanziellen Kriterien.
- Hohe Autonomie in der Berufsausübung, Selbstkontrolle der Arbeitsbedingungen (selbst generierte Standards der Leistungsbewertung und deren Kontrolle).



Professionalisierung

Professionalisierung ist als der Prozess zu verstehen, der einen Beruf über bestimmte Stufen zu einer Profession macht.

Durch die Professionalisierung wird der Beruf zu einem akademischen Beruf mit hohem Prestige mit durchgängigeren Aufstiegschancen und eventuell besserer Bezahlung. Ebenso reizvoll sind größere persönliche und sachliche Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in der Tätigkeit. So wird der Professionalisierungsprozess nicht alleine durch die gesellschaftlichen Bedingungen, sondern auch durch die Berufsgruppe selbst gewünscht (Schmid 1993).

Semi-Professionen

Der Begriff Semi-Profession (Etzioni 1969) wird angewendet, wenn die genannten Kriterien der Profession nicht voll erfüllt werden. Im Bereich des Gesundheitswesens zählen hierzu die meisten nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe rund um die Medizin. Zu den Semi-Professionen schreibt Weidner: „Die

gängigste Abgrenzung von Berufspositionen, die sich zwar in einem professionalisierenden Prozess befinden können, jedoch (noch) keine Gleichstellung zu den klassischen Professionen erreicht haben, wird durch die Bezeichnung «semi-professions» vorgenommen.“ (1995, S. 51)

Am Beispiel der Berufe Krankenpfleger_in, Lehrer_in und Sozialarbeiter_in wurde der Begriff „Semiprofessionals“ gewonnen. Er definiert sich allerdings im Kern nur über den Abstand zu den „echten Professionen“: Kürzere Berufsausbildung, niedrigerer sozialer Status, weniger spezielles Wissen, keine Selbstkontrolle usw. Der Begriff Semiprofessionals vergegenständlicht damit den Status quo des hierarchischen Verhältnisses zwischen „Professionen“ und „Semi-Professionen“, dessen Zweckmäßigkeit und Legitimität heute in vielen Bereichen (z.B. im medizinisch-therapeutischen Bereich) zunehmend in Frage steht.

Professionalität

Wann gewinnen wir den Eindruck von Professionalität? Der Begriff wird heute häufig in der Umgangssprache in einer großen Spanne benutzt, beispielsweise wenn es um eine gelungene Tätigkeit geht, wie bei einem professionellen Management bis hin zu einer Prostituierten, die auch als Professionelle bezeichnet wird. Der Professionelle hat dabei nicht die Autonomie in der Bestimmung von Professionalität, sondern muss sich den durch eine Profession festgelegten Standards unterwerfen. Als Idealtypen einer Profession gelten z. B. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Anwälte, aber auch Architekten, Psychologen und Pfarrer (Pfadenhauer 2003).

Nach Schmid 1993 heißt „professionell sein“, ein Verständnis der Berufszugehörigkeit und der Rollen zu haben, aus denen heraus sich professionelle Wirklichkeit entfaltet und Handeln organisiert werden kann. Wichtig ist, dass Handlungen nicht an sich professionell oder unprofessionell sein können, sondern sich nur im Rückblick auf das Selbst- und Grundverständnis der Profession der Handelnden hin beurteilen lassen. Als unprofessionell lassen sich entsprechend Handlungen bezeichnen, die nicht aus der Logik der Profession zu begründen sind.

Deprofessionalisierung

Deprofessionalisierung findet dann statt, wenn immer weniger Wert auf Professionalität gelegt wird, wenn die Professionalitätsmerkmale wie Autonomie der Fachlichkeit, wissenschaftliche Grundlagen, Standardisierbarkeit von Handlungsfolgen und Lösungswegen eine zunehmend geringe Bedeutung für die erforderliche Leistung in der Praxis spielen (Siepmann et al. 2012).

Deprofessionalisierung könnte auch eine Folge des generell schwindenden Vertrauens in wissenschaftliches Wissen und deren Umsetzung in die Praxis sein. In der gegenwärtigen Diskussion über das Gesundheitssystem werden die Muster interprofessioneller Beziehung in Deutschland als eher negativ bewertet. Dies gilt insbesondere bezüglich der Kosten und Qualität der medizinischen Versorgung. Ziel der Politik scheint zu sein, die "Arztdominanz" des deutschen Gesundheitswesens abzubauen, was einer Deprofessionalisierung des Arztberufes zur Folge hätte (ebenda). Eine noch größere Gefahr sieht Overmann in der Umwandlung/Gleichsetzung der Universitäten zu Fachhochschulen, was einer endgültigen Deprofessionalisierung der Wissenschaft gleich käme (Overmann 1999).

Es gibt aber auch Stimmen, die die Deprofessionalisierung und den Ausbruch aus den engen Merkmalen der Professionalisierung befürworten. Während einige Autoren diesem (drohenden) Zerfall von Professionalität kritisch gegenüberstehen, konstatieren andere, dass in der aktuellen Zeit von allen Arbeitenden professionelles Handeln erwartet werde (Walkenhorst, U. 2011). Das enge Denken der Professionen bzw. in Professionen sei nicht mehr zeitgemäß. Statt Ausbildungsgänge zu standardisieren, über Abschlüsse den Marktzugang zu regulieren und über Berufsverbände die Tätigkeit Professioneller zu regulieren, sollte die Professionalisierung des einzelnen im Fokus stehen. Das bedeutet, dass jede(r) in einem Feld Tätige auf der Basis freiwilliger Selbstverpflichtung nach Professionalität streben sollte.



Optionale Reflexionsaufgabe: Finden Sie Argumente für und gegen die Ansicht, dass Geisterbeschwörerinnen in Japan ein Beispiel für eine erfolgreiche Professionalisierung sind:



Der Kontakt zur jenseitigen Welt wird hergestellt durch sogenannte Oba-san. Ursprünglich handelte es sich um ältere Frauen, die sich in Trance versetzen und in der Zeit vom 20.-24. Juli mit den Geistern Verbindung aufnehmen. Auch heute können nur Frauen Oba-san werden. Um einen Ausbildungsplatz zu erhalten, werden die medialen Fähigkeiten der Kandidatinnen von autorisierten Frauen festgestellt. Die Ausbildung besteht aus einer Art Lehre unter der Aufsicht einer älteren autorisierten „Meisterin“. Die Dauer ist nicht festgelegt. Wenn bestimmte Fähigkeiten erlernt sind, erhält die Auszubildende ihren Abschluss und damit die Erlaubnis zu praktizieren.

Der Arbeitsplatz der Oba-san kann sich im staatlichen Shinto-Heiligtum befinden. Die Beschäftigte verfügt dann über eine geregelte Arbeitszeit und ein geregeltes Einkommen. Ihre Kundinnen und Kunden wenden sich das ganze Jahr über an die staatliche Verwaltung des Heiligtums und erhalten dann gegen eine staatlich festgesetzte Gebühr einen Termin von bestimmter Dauer. Es besteht auch die Möglichkeit zu einer freien Berufsausübung. Rings um das Heiligtum haben die Oba-san ihre Zelte aufgeschlagen und warten auf Laufkundschaft. In diesem Falle muss der Preis vor Beginn der Sitzung ausgehandelt werden. Die Frauen genießen ein hohes gesellschaftliches Ansehen. Es ist auch unter den Bewohnern der Großstädte keinesfalls verpönt, ihre Dienste in Anspruch zu nehmen. (Mitteilung von Frau Prof. Dr. Irmtraud Munder an den Verfasser - auf der Grundlage eigener Studien und unter Hinzuziehung der Arbeit von Jan Brown, 1993: Exploring Tohoku. New York: Weatherhill. In: Heidenreich M. 1999: Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung. S. 2)



Interprofessionelle Zusammenarbeit wird im Englischen häufig mit „**Inter-professional Cooperation**“ (**IPC**) übersetzt und im Deutschen auch synonym mit dem Begriff Interprofessionelle Kooperation verwendet.

Interprofessionelle Zusammenarbeit findet häufig in Einrichtungen statt, in denen es zu einem regelmäßigen Austausch kommt, die aber nicht so eng in einem Team stattfindet, in dem in gegenseitiger Abhängigkeit voneinander gearbeitet wird. Ein Beispiel für **Interprofessionelle Teamarbeit** ist die Arbeit eines Operationsteams, das aufeinander angewiesen ist, damit die Operation gelingt. In der neurologischen Rehabilitation gibt es sowohl sehr enge interprofessionelle Teamarbeit, zwischen z.B. Pflegenden und Therapeut_innen direkt mit Patient_innen als auch interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen, z.B. zwischen Mediziner_innen und Sozialarbeiter_innen, die auf einen engen Austausch angewiesen sind.

Neben der Unterscheidung in Teamarbeit, Zusammenarbeit und Koordination wird die Art der Zusammenarbeit zudem mit der Auswahl der vorangehenden Vorsilbe beschrieben. Die Vorsilben „trans“, „multi“ und „inter“ werden nach Reevers et al. 2010 wie folgt definiert:



Interdisziplinäre Teamarbeit ist vom Ansatz her ähnlich der interprofessionellen Teamarbeit (siehe unten) aber unterscheidet sich dadurch, dass die Teammitglieder aus Individuen unterschiedlicher Disziplinen zusammengestellt sind wie z.B. Psychologie, der Anthropologie und der Geographie.

Interprofessionelle Teamarbeit bezieht sich auf verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe, die beispielsweise eine Teamidentifizierung teilen und eng vernetzt und in gegenseitiger Abhängigkeit zusammenarbeiten um komplexe Versorgungsprobleme zu lösen und Leistungen bereitzustellen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit bezieht sich auf unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe, die sich in regelmäßigen Treffen austauschen, um auszuhandeln, wie komplexe Versorgungsprobleme gelöst oder Leistungen bereitgestellt werden können. Sie unterscheidet sich von interprofessioneller Teamarbeit dergestalt, dass Seitens der Mitarbeitenden keine weitere Identifizierung mit der Gruppe stattfindet, sondern die Teilnehmer_innen in loseren Strukturen und voneinander unabhängig zusammenarbeiten.

Interprofessionelle Koordination bezieht sich auf verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe, deren gemeinsame Arbeit darauf abzielt, die Versorgungsaufgaben untereinander zu koordinieren. Sie ist eine weniger verbindliche Arbeitsvereinbarung als die interprofessionelle Zusammenarbeit, da die interprofessionelle Kommunikation weniger häufig ein wesentlicher Bestandteil ist.

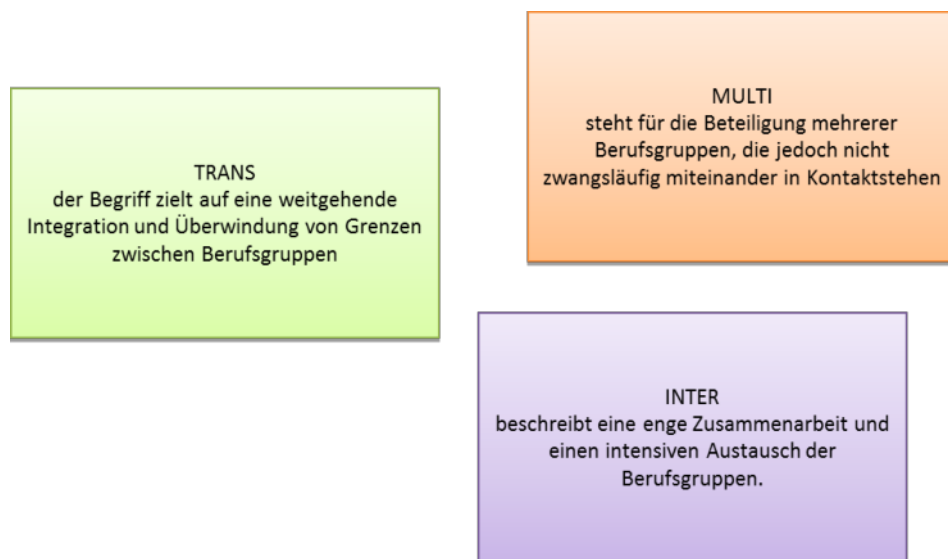


Abbildung 3: Eigene Abbildung. Auf der Grundlage der Definition von Reeves et al. 2010.



Multiprofessionelle Teamarbeit ist ein Ansatz, nach dem Teammitglieder nebeneinander arbeiten: in anderen Worten eher parallele als interaktive Arbeit. Diese Arten von Teams bestehen aus verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen.

Transprofessionelle Praxis erfolgt, wenn eine Person aus einer Berufsgruppe die Rolle(n) oder Aufgaben einer anderen Profession übernehmen. Da diese professionellen Handlungen außerhalb ihres gewöhnlichen Tätigkeitsfeldes liegen, wird vorausgesetzt, dass sie die nötige Kompetenz besitzen, diese durchzuführen.

Interprofessionelle Teamarbeit beschreibt eine enge Zusammenarbeit und einen intensiven Austausch in gegenseitiger Abhängigkeit.

Uniprofessionell ist eine Handlung, die von einer einzigen Person durchgeführt wird.

Intraprofessionell ist ein Begriff, der jede Handlung beschreibt, die von Personen derselben Profession ausgeführt wird.

Sottas und Kachler (2013) geben Beispiele für diese Art der Begriffsabgrenzung an:

Tab.1: Begriffsabgrenzung (vgl. Sottas, Kachler 2013, S. 25)



Interdisziplinär	Vertreter verschiedener Berufsrichtungen einer Fachdisziplin arbeiten zusammen, z.B. Neurologe und Neurochirurg.
Intraprofessionell	Vertreter verschiedener Berufsrichtungen des gleichen Berufs arbeiten zusammen, z.B. Wundschwester und Pflegekraft.
Multiprofessionell	Vertreter verschiedener Berufsgruppen arbeiten am selben „Gegenstand“, es gibt zwar Kontakt, jedoch kaum Interaktion oder Zusammenarbeit. Die unterschiedlichen Kompetenzen werden lediglich addiert. (Ist z.B. im Krankenhausumfeld auch zwingend erforderlich)
Transprofessionell	Alle beteiligten Berufsgruppen überlappen sich derart, dass sie sich problemlos gegenseitig ersetzen können. Es bestehen keine Berufsgrenzen mehr.
Interprofessionell	Die Interaktion der Akteure verschiedener Berufsgruppen ist zwingend. Gemeinsam wird an einer dynamischen Situation gearbeitet und werden

	<p>praktikable Lösungen werden erarbeitet. Die Sichtweisen Aller werden einbezogen (Schlüsselkonzept im Gesundheitssystem).</p>
--	---

„**Transprofessionelle Kooperation**“ kann als komplexeste Stufe berufsübergreifender Zusammenarbeit bezeichnet werden. Die einzelnen Berufsgruppen integrieren ihre speziellen Kompetenzen so weit, dass daraus ein neues System mit einer gemeinsamen Perspektive entsteht. Dies bedeutet natürlich nicht, dass alle genau dasselbe tun; dennoch werden zuvor bestehende Berufsgrenzen stellenweise überschritten.

Das **Bobath-Konzept** in seiner Reinform ist ein transdisziplinärer Ansatz. Konsequenterweise müssten tatsächlich alle Berufsgruppen, die in einem direkten Kontakt mit Patient_innen kommen, die Grundprinzipien nicht nur kennen und verstehen, sondern auch praktisch anwenden. „Elemente, die nicht nur im therapeutischen und pflegerischen Setting zum Tragen kommen, sondern auch von Ärzt_innen, Sozialarbeiter_innen etc. konsequent praktisch umgesetzt werden sollten, sind z.B. das spezielle Handling sowie bestimmte Kommunikationsregeln“ (Voelker et al., S. 142).



Das Bobath-Konzept

- <http://www.bobath-vereinigung.de/das-bobath-konzept.html>
- <https://www.youtube.com/watch?v=vcidsYeS-40>

Eine weitere begriffliche Unklarheit besteht in einer **übergeordneten Bezeichnung für Gruppen in der Gesundheitsversorgung** (z.B. Pflege, Physio-, Ergotherapie und Logopädie). Die historisch gewachsenen Begriffe „Heilhilfsberufe“ und „Nichtärztliche Gesundheitsberufe“ erscheinen nicht mehr zeitgemäß.

Das Journal of Interprofessional Care (JIPC) empfiehlt für das Verfassen von Artikeln eine Aufzählung der professionellen Gruppen, anstatt Begriffe wie „Nichtärztliche Gesundheitsberufe“ zu verwenden, da dieser irreführender

Begriff den Eindruck vermittele, dass diese Gruppen in gewisser Weise homogen sein könnten.

Der englische Begriff „Health and social professions“ schließt den Beruf der Ärzt_in in die „Gesundheitsberufe“ mit ein. Häufige Verwendung im Deutschen hat der Begriff „**Gesundheitsfachberufe**“ für z.B. Pflege und Therapieberufe, aber auch weitere Akteure im Gesundheitswesen, wie Podolog_innen, Hebammen etc.. Bei der Verwendung des Begriff „**Gesundheitsberufe**“ ist häufig nicht klar, ob ärztliche Gesundheitsberufe auch mit eingeschlossen sind. Es ist allerdings logisch nicht nachvollziehbar, inwiefern der ärztliche Beruf KEIN Gesundheitsberuf ist. Das Positionspapier des GMA-Ausschusses „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ (Walkenhorst et al, 2015) verwendet den Begriff „Gesundheitsberufe“ für die Berufe Medizin, Pflege, Therapie, Diagnostik etc. und dementsprechend wird er auch in diesem Modul verwendet.

Zum Abschluss folgt die Zusammenführung der zuvor erörterten Begriffsklärung in der Definition von Kälble (2004), S. 40, der die interprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen wie folgt ausführt:

Definition Interprofessionelle Zusammenarbeit



„...dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, berufliche Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativen hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufs für den Patienten nutzbar gemacht werde.“

3.4 Zusammenfassung

Interprofessionelles Arbeiten dient einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung. Damit verbunden sind im stationären Kontext regelmäßige Teamsitzungen, in denen gemeinsame Ziele be-

stimmt und Behandlungsentwürfe diskutiert sowie administrative Aufgaben koordiniert werden. Im ambulanten Kontext könnten z.B. Online-Konferenzen oder eine gemeinsame Dokumentation den interprofessionellen Austausch fördern. Trotz aller bisher unternommenen Eingrenzungsversuche kann der Begriff Interprofessionelle Zusammenarbeit von unterschiedlichen Erwartungen geprägt sein. Mahler et al. (2014) stellen fest, dass vor allem die Begriffe „interdisziplinäre“ und „interprofessionelle“ Kooperation aber auch „multiprofessionelle Kooperation“, „intraprofessionelle Kooperation“ oder „Teamarbeit“ verwendet werden. Nach der Sichtung von Fachliteratur wird deutlich, dass besonders die Begriffe „interdisziplinäre“ und „interprofessionelle“ Kooperation bevorzugt, aber nicht einheitlich benutzt werden. Schlussfolgernd stellten Mahler et al. (2014, S. 3) fest: *„Wesentlich für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist ein gemeinsamer Verständigungsprozess. Dieser kann vorwiegend dann stattfinden, wenn man sich auf eine gemeinsame Sprache / Terminologie verständigt hat.“*

3.5 Literatur

Bartholomeyczik, S., Müller, E. (Hrsg.) (1997). Pflegeforschung Verstehen. Urban & Schwarzenberg, München .

Boguth, K. , Neubauer, J. (2002). Kommunikation, Kooperation und Koordination im Rahmen pflegerischer Arbeitsabläufe am Beispiel einer internistischen Station eines Krankenhauses. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer/eines Diplom-Pflegewirt(in) an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon"; im Studiengang Pflege/Pflege-
management.

Combe, A., Helsper, W (Hrsg.) (1995). Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zu Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp Frankfurt am Main In: Marotzki U., Hack, B.M. (2009). Zum Fortgang der Professionalisierung der deutschen Ergotherapie-eine Fiktion. S. 184-209. In: Jerosch-Herold Ch., Marotzki, U., Stubner B. M., Weber P. (2009). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis 3. Auflage Heidelberg: Springer.

Duden (o. D.) Bedeutungsübersicht „Disziplin“ Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Disziplin>

Duden (o .D.) Bedeutungsübersicht „Beruf“ Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Beruf>

Etzioni, A. (1969). *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: Free Press. In Rudolph, M. 2007 *Professionalisierung in der Physiotherapie in Deutschland*. München

Fischer, K. (2010). Interdisziplinarität im Spannungsfeld zwischen Forschung, Lehre und Anwendungsfeldern. In Fischer, K, Laitko, H., Parthey H. (Hrsg.) *Interdisziplinarität und Institutionalisierung der Wissenschaft* Wissenschaftsforschung Jahrbuch (2010). Gesellschaft für Wissenschaftsforschung.

Heidenreich, M. (1999). Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung¹. In: *Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung*. In: Apel H.-J., , Horn K.-P., Lundgreen P. und Sandfuchs U. (Hrsg.), 1999: *Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozess*. Bad Heilbrunn. Julius Klinkhardt, S. 35-58.

Hoffmann J., Damelang, A. , Schulz, F. (2011). *Strukturmerkmale von Berufen. Einfluss auf die berufliche Mobilität von Ausbildungsabsolventen* (Forschungsinstitut Betriebliche Bildung und IAB).

Kälble, K, Kaba-Schönstein, L (Hrsg.) 2004. *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege* (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP), Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Mahler, C., Gutmann, Th., Karsten, S., Jost, St. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *Gesellschaft für Medizinische Ausbildung* 31 (4), 1-10. Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2014-31/zma000932.pdf>

Mitzkat, A., Berger, S., Reevers, S., Mahler, C. (2016). Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld. Ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld. In: *Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMD Journal for Medical Education (JME)*. Robert Bosch Stiftung.

Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns; In: Combe, Arno/ Helsper, Werner (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, 1. Aufl., (Suhrkamp TW), Frankfurt a. M., 1996, S. 70-182.

Oevermann, U. (1999). *Das Verhältnis von Theorie und Praxis im theoretischen Denken von Jürgen Habermas*, Manuskript.

Pfadenhauer M. (2003). Professionalität: Eine Wissenssoziologische Rekonstruktion Institutionalisierten Kompetenzdarstellungskompetenz, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reeves S, Goldman J, Burton A, Sawatzky-Girling B. Synthesis of systematic review evidence of interprofessional education. *J All Health*. 2010;39(Supplement 1):198-203.

Reisinger, K. (1994). Fachübergreifende Lehrangebote. Eine Untersuchung fachübergreifender Angebotsstrukturen und Konzeptionen in Vorlesungsverzeichnissen. In: Huber, L., Olbertz, J.-H., Rütter, B., Wildt, J. (Hrsg.) (1994). Über das Fachstudium hinaus. Berichte zum Stand und Entwicklung fachübergreifender Studienangebote an Universitäten (Blickpunkt Hochschuldidaktik 97) Weinheim, S. 97-120.

Schmid, B. (1993). Menschen Rollen und Systeme -Professionsentwicklung aus systemischer Sicht. In *ZOE* 4/93.

Siepmann, M., Groneberg, D.A. (2012). Der Arztberuf als Profession –Deprofessionalisierung. Abteilung Medizinische Soziologie und Abteilung Klinische Arbeitsmedizin, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, an der Goethe-Universität Frankfurt. *Der Arztberuf als Profession – Deprofessionalisierung* (2012). Volume 62, 288–292.

Stichweh, R. (Hrsg.) (1994). Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Stichweh, Rudolf (1992). Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. In: Dewe, Bernd/Ferchhoff, Wilfried/Radtke, F.-Olaf (Hrsg.): Erziehen als Profession, Opladen: Leske+Budrich. S. 36-49.

Walkenhorst, U. (2016). Die Relevanz Interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der gesundheitsberufe. *International Journal of health professions*. Vol3 issue 1 S. 21-28

Walkenhorst, U. 2011: Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang. *bwp@Spezial* 5 - HT2011 FT 10 S. 1-11.

Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt. In: Schwenk, M. Professionelles pflegerisches Handeln: Professionelle Pflege im Kontext aktueller Entwicklungen der Pflegeausbildung.

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2010) Framework for action on interprofessional education and cooperative practice, WHO Nr. 10.3. Zugriff am 15.01. 2018. Verfügbar unter http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

4. (Selbst-)Verständnis der Gesundheitsprofessionen und ihre Gemeinsamkeiten

„Ist Pflege therapeutisch?“ fragen Schnur & Zerm (2011) in ihrem Studienbrief. Was ist Pflege, was Logopädie, was Ergo- und Physiotherapie? Wo sind die Gemeinsamkeiten? Denn die Aufgabenfelder in den Gesundheitsberufen sind vielfältig miteinander verknüpft. Wo sind die Unterscheidungen? Ist die Unterscheidung von Ergo- und Physiotherapie in der neurologischen Reha: „Du behandelst die Klient_in oben, ich unten.“ Kann Pflege therapeutisch sein? Kann Therapie pflegerisch sein?

In diesem und in den zwei folgenden Kapiteln beschäftigen Sie sich mit den Fragen nach Kernkompetenzen und Spezialbereichen und mit der Reflexion und Begründung des eigenen Handelns. Welchen Beitrag leisten Pflegefachkräfte und Therapeut_innen für das Gesundheitssystem gegenwärtig und zukünftig? Vertiefen Sie Ihr Wissen über die anderen Berufsgruppen.

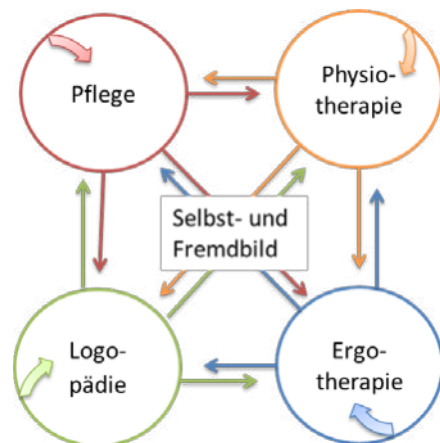


Abbildung 4: Eigene Abbildung: Eigen- und Fremdbild wahrnehmen

4.1 Ziele und Inhalte

Die Studierenden haben ...

- ausreichendes Wissen über die anderen Professionen im Studiengang

- Kenntnisse von den Zielen, (Ausbildungs-)Inhalten und z.T. Methoden der anderen Berufsgruppen
- Schnittstellenkenntnisse zwischen den Gesundheitsberufen
- Studieninhalt:

Die anderen Berufe (besser) kennenlernen und Gemeinsamkeiten identifizieren.

4.2 Die Definitionen der anderen Professionen

Die Beschäftigung mit Interprofessioneller Zusammenarbeit setzt „...jedoch voraus, dass die Fragen nach den Pool- und Kernkompetenzen in den Berufsgruppen beantwortet werden: Was zeichnet einen Beruf aus? Was ist der originäre Gegenstand des Berufes und damit disziplinspezifisch und was ist das Gemeinsame an den Berufen und ist berufsübergreifend notwendig zu erlernen?“ (Walkenhorst 2011, S.1)

In dieser Einheit soll trotz der Ausdifferenzierungen der Berufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie das Gemeinsame aller Berufe betrachtet werden. Bevor Sie sich in der folgenden Einheit mit der Professionalität als „Eigenlogik“ den Differenzierungen befassen.



e-tivity 2: Andere Professionen und eigene Berufsidentität

Schritt 1: Entwickeln Sie eine eigene Definition für alle anderen fünf Professionen im IGo und vergleichen Sie diese dann mit folgenden ausgewählten Definitionen. Was ähnelt sich, was ist anders?

Schritt 2: Lesen Sie den Leitfaden „Berufsidentität“.

Schritt 3: Setzen Sie sich anhand der Fragen und Beispiele mit Ihrer eigenen Berufsbiografie und Berufsidentität auseinander. Halten Sie Ihre Reflexion zu Ihrer Berufsidentität auf ca. einer DIN A4 Seite fest und laden Sie dieses als PDF in dieses Forum. In der Darstellungsform (z.B. Tabelle, Grafik, Text) sind Sie frei.

Schritt 4:

Kommentieren Sie anschließend zwei Forenbeiträge von Kommiliton_innen aus anderen Berufsgruppen unter folgenden Fragestellungen:



- Was ist in Ihrer Berufswerdung ähnlich oder unterschiedlich verlaufen?
- Was ist Ihnen an Ihrem Beruf besonders wichtig?

4.3 Die Gemeinsamkeit der Professionen



Lesen Sie zum Thema „Gemeinsamkeiten der Gesundheitsberufe“ optional folgenden Artikel:

Unger, A.; Altmeppen, S.; Bergjan, M. (2006). Was verbindet die Pflege mit den therapeutischen Berufen? Chancen für eine gemeinsame Didaktik Pflege/-Therapie. In: PrInterNet (8) 1 S. 5-11.

Gemeinsamkeit der Gesundheitsberufe:

- Zulassungsvoraussetzungen
- Berufsfachschule
- Bachelor
- Wechselnde Herausforderungen im Alltag
- Umgang mit Komplexität
- mit beruflicher Vielfalt
- mit Veränderung
- mit Einzelnen und Gruppen
- Beziehungsgestaltung/Professionelles „use of self“
- mit der eigenen Körperlichkeit arbeiten
- mit der eigenen Person (Selbsteinbringen)
- Kontextfaktoren (Strukturelle Rahmenbedingung)
- Kompetenzbereiche (Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit)
- Therapie und Pflegeprozess
- Doppelte Handlungslogik*
- Performanzbereiche
- Information
- Aufklärung
- Behandlung
- Anleitung

- Schulung
- Beratung
- Ähnliche Professionalisierungsprozesse, Pflege hatte die Vorreiterrolle

* Die Pflegewissenschaft und die Pflegedidaktik bezeichnet mit der doppelten Handlungslogik die Verschränkung von wissenschaftlichem Wissen mit dem Fallverstehen. (Professionsbegriff Oevermann 1996).

4.4 Zusammenfassung

Die Gesundheitsberufe haben viele Gemeinsamkeiten. Hervorzuheben ist die Verknüpfung von wissenschaftlichem Wissen und der systematisierten Auslegung eines Falles. Hier zeigt sich die doppelte Handlungslogik neben der Pflege auch in den Therapieberufen u.a. beim evidenzbasierten klientenzentrierten Arbeiten (Ertl-Schmuck & Fichtmüller (2009); Unger, Altmeyen, Bergjan, (2006); Walkenhorst, U. 2006). Gemeinsames Handeln ermöglicht einen gesteigerten Gesundheitszustand, verbesserte Versorgung, Zufriedenheit und Sicherheit der Klient_innen, Vermeidung von Doppelarbeit, Verbesserte Evidenz, Reduzierung von Fehlern und Motivation bei allen Beteiligten. Die Kenntnisse über die Aufgaben der anderer Berufsgruppen schafft Verständnis, Vertrauen im Team und somit Mitarbeitendenzufriedenheit. Gemeinsamkeiten ermöglichen den Berufstätigen sich in der täglichen Arbeit, in der Ausbildung oder bei berufspolitischen Forderungen zu verbünden. Zum besseren Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und zum frühzeitigen Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Kooperation und Zusammenarbeit empfiehlt es sich, die Ausbildung aller Gesundheitsberufe und die Fort- und Weiterbildung wenigstens teilweise auf das Handeln am gemeinsamen Gegenstand auszurichten.

4.5 Literatur

Altenpflegeausbildung (o. D.) Zugriff am 15.01. 2019. Verfügbar unter <https://www.altenpflegeschueler.de/Ausbildung/altenpflege-berufsbild/>

BeKD e.V. Kindsein braucht unsere Pflege. (o. D.) Zugriff am 15.01. 2019. Verfügbar unter <https://www.bekd.de/der-bekd-ev/unser-fachgebiet/>

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (o. D.). Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN. Zugriff am 15.01.2019. Verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/ueber-uns/index.php>

dbl Deutscher Berufsverband für Logopädie (2011). Definition der Logopädie: Ergebnis einer internationalen Zusammenarbeit auf CPLoL-Ebene. Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/service/meldungen/einzelansicht/article/definition-der-logopaedie-ergebnis-einer-internationalen-zusammenarbeit-auf-cplol-ebene.html>

DVE Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (2007). Definition Ergotherapie. Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter <https://dve.info/ergotherapie/definition>

Ertl-Schmuck, R., Fichtmüller, F. (2009). Pflegedidaktik als Disziplin. Eine systematische Einführung. Weinheim und München.

Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns; In: Combe, Arno/ Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, 1. Aufl., (Suhrkamp TW), Frankfurt a. M., 1996, S. 70-182.

Schnur, M., Zerm, Ch. (2011). Verhältnis von Pflege und Medizin im interdisziplinären Team Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen der Pflege. Studienbrief 2-060-0313. 3. Auflage Service-Agentur des Hochschulverbundes Distance Learning.

Unger, A.; Altmeyen, S.; Bergjan, M. (2006), Was verbindet die Pflege mit den therapeutischen Berufen? Chancen für eine gemeinsame Didaktik Pflege/-Therapie. In: PrInterNet (8) 1 S. 5-11.

Walkenhorst, U. (2006). Entwicklung einer Fachdidaktik Ergo- und Physio-therapie – Theoretische Grundlagen. In: Walkenhorst, U.; Klemme, B. (Hrsg.): Interdisziplinäres Lernen und Arbeiten in der Ergo- und Physiotherapie. Beiträge aus Workshopveranstaltungen der Fachhochschule Bielefelds. 167-176.

Walkenhorst, U. (2011). Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang bwp@ Spezial 5 - HT2011 FT 10 2.

ZVK Deutscher Verband der Physiotherapeuten e.V. (o. D.). Definition Physiotherapie. Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter <https://www.physio-deutschland.de/patienten-nteres-sierte/physiotherapie/definition.html>

5. Berufsidentitäten

In diesem Kapitel geht es um die Vertiefung der eigenen beruflichen Identität. Wahrscheinlich wurde Ihnen als Kind auch die Frage gestellt, was Sie denn später werden wollen? Was haben Sie geantwortet? Ist die Idee von damals Ihrem heutigen Beruf ähnlich? Beim Kennenlernen einer Person ist die Frage nach dem Beruf häufig eine Form des Interesses. Beruf und berufliche Arbeit spielen im Leben der meisten Menschen eine bedeutsame Rolle. Ausbildungs- und Berufstätigkeit und -zugehörigkeit sind in diesem Sinne ein zentrales identitätsstiftendes Merkmal der Person. In diesem Kapitel wird die Beziehung zwischen beruflicher Identität, Persönlichkeit und beruflicher Laufbahnentwicklung reflektiert.

5.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden ..

- vertiefen und reflektieren ihre eigene Berufsidentität
- stellen sich durch eine sichere Berufsidentität besser auf andere Professionen ein

Studieninhalt:

Die Berufsidentität und die Auseinandersetzung damit.

5.2 Die eigene Berufsidentität

Was glauben Sie als Logopädin würde die Physiotherapeutin sagen, wenn sie sagen sollte, was Pflegekräfte über die Ergotherapeutin denken?

In diesem Abschnitt geht es um Ihr Selbstbild in Bezug auf die berufliche Identität. Später werden Sie sich mit Rollenbildern, mit Stereotypen und Vorurteilen beschäftigen, die Bilder die Sie von den anderen Berufen haben.

Der Begriff der **Identität, bzw. Berufsidentität** steht in einem umfangreichen aktuellen sozial- und geisteswissenschaftlichen Diskurs, der hier nicht weiter ausgeführt werden kann. Zur Orientierung und bei weiterführendem Interesse wird auf folgende Veröffentlichungen hingewiesen:

In der Sozialwissenschaft: Beck 1986; Giddens 1991; Bauman 1997; Rosa 2005, in der Sozialpsychologie: Gergen 1991; Keupp 1994, 1999, 2004 und in der philosophischen Postmoderne: Welsch 1990, 1997; Schmid, 1999.



Was ist **Identität**? Das lateinische Wort „idem“ meint, „derselbe“ oder „das-selbe“ (www.duden.de/Identitaet). Identität umschreibt die Gesamtheit einer Orientierung, in welcher sich das Individuum oder die Gruppe von anderen unterscheidet. Sie ist Kriterium für Zugehörigkeit oder Ausschluss von sozialen Gruppen und findet sich bei Konstrukten wie Familie, Volk oder Nation, Geschlecht, Religion, Freunde oder Beruf.



Die Zugehörigkeit zu einem Beruf ist eines der entscheidenden gesellschaftlichen Zuordnungskriterien und ein Bestandteil der Selbstverortung von Individuen. Die berufliche Sozialisation beginnt bereits während der Auseinandersetzung, welchen Beruf eine Person ergreifen möchte. Der ersten Berufswahl und Berufsausbildung geht eine vorberufliche Sozialisation voraus. Diese ist stark von der Herkunftsfamilie und deren Biografie geprägt. Die berufliche Identität wird durch die anschließende Berufsausbildung vertieft. In der Berufsausübung entstehen durch berufliche Anforderungen und Arbeitssituationen, Fachkongresse, Fachbücher etc., eine weitere Prägung als Teil der Ich-Identität. Die Zentralität des gewählten Berufs, gemeinsame Werte und Normen, Gefühl von Stolz über die Berufszugehörigkeit bilden eine Gleichheit. Eine einheitliche, gemeinsame Sprache, verschiedene Kompetenzen zeigen häufig Abgrenzungen zu den anderen Gesundheitsberufen auf (Heinz 1995). Die **kollektive Identität** eines Berufs setzt sich aus Selbstzuschreibungen der Berufsinhaber_innen und aus Fremdzuschreibungen zusammen.

Neben der eigentlichen Leistung ist die Darstellung des Berufsbildes nach innen und außen wesentlich. Hierzu gehören die Berufsgeschichte (Walkenhorst 2016) und die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse sowie die sich damit wandelnden Leitideen (Heinz 1995). Mit dem Beruf verbunden ist eine Position mit entsprechendem Ansehen, Entscheidungsbefugnissen, Macht und Verdienst (siehe Professionalisierung), auf deren Wahrung wert gelegt wird, z.B. der Direktzugang der Physiotherapie steht in Konkurrenz zur Ärzteschaft. Die Ärzteschaft möchte die Verordnungen selbst ausstellen und damit ihre Weisungsbefugnis nicht verlieren, sie steht deshalb der Direktversorgung meist sehr kritisch gegenüber.

Zu einer beruflichen Identität gehören klare Aufgabendefinitionen, eine konkrete Gegenstandsbenennung und eine möglichst eindeutige Rolle. Auch ist die Gewissheit wichtig, eine relevante Tätigkeit im jeweiligen (Gesundheits-) System auszuüben und damit zusammenhängend auch eine immaterielle angemessene Würdigung und Wertschätzung des Berufs zu erhalten (Walkenhorst 2016).

Die Stationen der Berufswerdung, die berufliche Identität, die theoretischen, ethischen und methodischen Kernelemente der Profession, werden von den Praktiker_innen oft nicht mehr wahrgenommen, aber sie sind in hohem Maße wirksam und beeinflussen Gedanken, Wahrnehmungen und Handlungen und somit auch die Kommunikation.

Stereotype Rollenbilder sind sehr zählebig und lassen sich nicht so schnell ändern. Stereotype haben eine verbindende Wirkung. Man kennt seine Kultur und man kennt ihre Regeln und man meint, von dort aus andere Kulturen erkennen und einschätzen zu können. Dies vermittelt Sicherheit.

Die drei Aspekte zur beruflichen Identitätsbildung sind nach Mancini et al. (2011):

das Soziale (Affirmation): Dazu gehört die kollektive Zusammengehörigkeit: Die strukturellen Elemente des gewählten Berufs, gemeinsame Werte und Normen, Gefühl von Stolz über die Berufszugehörigkeit sowie die einheitliche, gemeinsame Sprache und Kompetenzen.



das Verhalten: Das Engagement bei beruflichen Aktivitäten, die Haltung, das Besuchen von Fachkongressen b, das Lesen von Fachbüchern und die Berufspraxis.

die kognitive und motivationale Komponenten: Z.B. das Selbstbewusstsein, die Karrierechancen, das Entwicklungspotential, Überlegungen zu alternativen Berufen etc.

5.3 Zusammenfassung

Das Selbstbewusstsein der einzelnen Gesundheitsberufe ist eher schwach. Die geringe Quote an Akademisierung, die Identifikation mit der teilweise abgewerteten Klientel, ein geringer Status und ein Einkommen zum Teil am Existenzminimum bewirken, dass es schwierig ist, sich als Professionelle darzustellen. Aber wie entsteht professionelle Kompetenz? Berufliche Identität entsteht nicht einfach durch die Aufschichtung von Studienleistungen oder Weiterbildungskursen. Die Kompetenz hat viel mit Problemsicht und einem reflexiven Denken zu tun. Die Sensibilisierung zielte auf die drei identitätsleitenden Schlüsselfragen - Wer bin ich? Wer ist der andere? Wo verläuft die Grenze?

5.4 Literatur

Bauman, Z. (1997). Flaneure, Spieler und Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen. Hamburg: Hamburger Edition.

Beck, U. (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Duden Identität: Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Identitaet>

Gergen, Kenneth J. (1991). Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life, New York.

Giddens, A. (1991). Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity Press.

Glässel, A., Manser Bonnard, A. (09. März 2017). Perspektiven der Selbst-Fremdbild. Analyse als Basis für interprofessionelles Lernen. Fachstelle interprofessionelle Lehre und Praxis (IPLP), Institut für Gesundheitswissenschaften (IGW), ZHAW, Winterthur.

Heinz, W. R. (1995). Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Weinheim.

Hofmann, M. Von der Basteltante zur Ergotherapeutin. Rollenwechsel in der Ergotherapie. ergopraxis 11-12/10. S. 28-31.

Jansen, B. (2014). Werteentwicklung– eine berufsbiografische Reflexion. Supervision Heft 4 S. 35-40.

Keupp, H. (Hrsg.) (1994). Zugänge zum Subjekt. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt/M.

Keupp, H. (1999). Sich selbst erzählen in einer posttraditionalen Gesellschaft. In: Gruppenanalyse 7: Heft 1, 7-31.

Keupp, H. (2004). Beratung als Förderung von Identitätsarbeit in der Spätmoderne. In: Marcia, J. E., Kroger, J. (2011). The Identity Statures: Origins, Meanings, and Interpretations. In: Schwartz, S. J./et al. (Hrsg.): Handbook of Identity Theory and Research. New York, 31-53.

Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.) (2007). Das Handbuch der Beratung, Bd. 1, DGVT Verlag, Tübingen, S. 469-486.

Rosa, H. (2005). Beschleunigung. Die Veränderung der Temporalstrukturen in der Moderne, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Schmid, W. (1999). Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. 3. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Walkenhorst (2016). The Meaning of Interprofessional Education and Collaborative Practice for the Academisation of Health Professions. Die Relevanz Interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe. International Journal of Health Professions, Volume 3, Issue 1, 2016, Pages 21–28.

Welsch, W. (1990). Ästhetisches Denken. Philipp Reclam jun. Stuttgart.

Welsch, W. (1997). Unsere Postmoderne Moderne, 5. Aufl. 1997. Akademie Verlag, Berlin.

6. Spezialisierung und Differenzierung: Fluch oder Nutzen?



Falls Sie in der Klinik oder im Pflegeheim arbeiten, ist es Ihnen wahrscheinlich auch schon passiert, dass die Klient_in zu Ihnen gesagt hat: „Ach Schwester, können Sie mir mal bitte einen Tee bringen?“, obwohl Sie einen therapeutischen Beruf haben. Für die Klient_innen ist es gar nicht leicht durchschaubar, welcher Profession Sie angehören, selbst wenn jede Berufsgruppe eine andersfarbige Kleidung trägt. Darüber hinaus ist es vielen Klient_innen nicht möglich die unterschiedlichen Aufgaben, die mit Ihrem Beruf zusammengehören, differenziert zu beurteilen. Die Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Gesundheitsberufe haben in den letzten Jahren immer weiter zugenommen. Dieses Kapitel stellt dar, welche Vorteile und Probleme sich u.a. auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit daraus ergeben.

6.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden:

- wissen von den Notwendigkeiten und Problemen der Differenzierung und Spezialisierung.
- nehmen die daraus folgenden Kommunikationsprobleme wahr und entwerfen erste Lösungen.
- reflektieren den Background der eigene Berufsidentität und die Berufsidentität anderer Professionen.

Studieninhalt:

- Den Nutzen und die Herausforderungen von Spezialisierung und Differenzierung im Alltag und in der Entwicklung der Gesundheitsberufe.

6.2 Binnenstruktur der Gesundheitsberufe



“Die Anzahl der Gesundheitsberufe sind mit ihren Ausbildungsregelungen, Einsatzbereichen und speziellen Kompetenzprofilen inzwischen nur noch schwer überschaubar.“ (Voelker 2010, S.132) Durch neu geschaffene Spezialisierung und Differenzierung kommt es zu einer künstlich geschaffenen Verflechtung der Versorgungsleistungen. Dies führt zu einer personellen Verdichtung in der Versorgung, die mit immer mehr Schnittstellen einhergeht. Die Klient_in, als schwächstes Glied dieser Kette, ist angesichts der bereits bestehenden unübersichtlichen Strukturen kaum noch in der Lage, eindeutig zu identifizieren, wer – wann - wo und warum für sie und seinen Versorgungsbedarf zuständig ist. Ein großer Bereich der politischen und institutionellen Aushandlungsprozesse wird sich in der kommenden Zeit damit beschäftigen, für welche Aufgaben wer zuständig ist. Dafür stehen weniger die Kernkompetenzen der einzelnen Berufe im Fokus, sondern die Poolkompetenzen, die laut des Sachverständigenrats (2007), „jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen. Die zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit notwendige Qualifikation wird dabei definiert und kann von verschiedenen Gesundheitsberufen erworben werden“ (S.99).

Die Entscheidung, welche Berufsgruppe beispielsweise welche Aspekte des Assessments und der Diagnostik übernimmt, steht in dieser Denkstruktur neu zur Disposition. Hier könnte es im Sinne des Sachverständigenrats zu einer Überlappung von pflegerischen und medizinischen Handlungskompetenzen kommen. Die Auswertung der Assessmentdaten z.B. bei einer Diagnose - bilden das Fundament für Handlungsentscheidungen. Anzustreben ist ein evidenzbasiertes Handeln.



Bals (1990, S. 18 ff.) hat in eine umfassende Zusammenstellung der Terminologie vorgenommen: „Heilhilfsberufe; nichtärztliche Heilberufe; medizinische Hilfsberufe; medizinische Assistenzberufe; nichtärztliche Gesundheitsberufe; übrige Gesundheitsdienstberufe; mittlere Fachberufe; Medizinalberufe, Gesundheitsfachberufe.“

Meifort & Paulin haben 1984 folgende Binnenstrukturierung der Gesundheitsberufe in vier Gruppen vorgenommen (Schewior-Popp 1999, S.14):

Berufe der Primärversorgung

- Arzthelfer_innen
- Zahnarzthelfer_innen
- Tierarzthelfer_innen
- Rettungsassistent_innen

Diagnostisch-technische Berufe

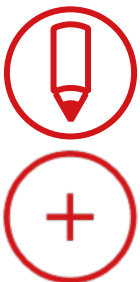
- Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent_innen
- Medizinisch-technische Radiologieassistent_innen
- Zytologieassistent_innen
- Pharmazeutisch-technische Assistent_innen

Pflegeberufe

1. Krankenschwester/pfleger
2. Kinderkrankenschwester/pfleger
3. Hebamme/Entbindungspfleger
4. Altenpfleger_innen
5. Diätassistent_innen

Rehabilitationsberufe

- Masseur_innen
- Krankengymnast_innen
- Ergotherapeut_innen
- Logopäd_innen
- Heilerziehungspfleger_innen
- Orthoptist_innen



Optionale Selbstreflexionsaufgabe: Berufe und Berufsbezeichnungen

Welche Berufe kennen Sie nicht? Bitte recherchieren Sie Definitionen über diese Berufe. Welche Berufe haben inzwischen eine neue Berufsbezeichnung? Finden Sie die Überbegriffe und Zuordnungen sinnvoll? Was würden Sie verändern? Notieren Sie stichwortartig einige Gedanken.



6.2.1 Spezialisierung

Spezialisierung ist die Beschränkung auf ein Teil des Ganzen. Sie entsteht durch Arbeitsteilung. In den Berufen sind spezielle Kompetenzen gefragt, die entsprechend Fachkräfte mit zusätzlichen Qualifikationen ausführen (Voelker 2010). Vorteile der Spezialisierung liegen in einer erhöhten Produktivität infolge der Beschränkung der Ausführenden auf Tätigkeiten, die von ihnen am besten erfüllt werden können. Fort- und Weiterbildungen nach dem Berufsabschluss sind die Folge. Besonders die Physiotherapeut_innen starten gleich nach Beendigung der Ausbildung in einen Fortbildungsmarathon, um bestimmte Qualifikationen wie Manuelle Therapie in der Praxis auch abrechnen zu können. Manchmal ist dabei die sinnvolle Ausrichtung nicht bewiesen (ebenda)



6.2.2 Differenzierung

Differenzierung kann durch den Begriff Arbeitsteilung beschrieben werden. Das Gesundheitssystem wird immer weiter zergliedert und auf unterschiedliche Berufe verteilt (Voelker 2010), beispielsweise die diversen noch existierenden Pflegeberufe. Koordinationskosten, die mit der Differenzierung ansteigen (z.B. Verknüpfungsprobleme zwischen dem ambulanten und stationären Sektor), höherer Kommunikationsaufwand im Team, Demotivierungs- und Entfremdungstendenzen (Burn-out-Syndrom), oder die Beeinträchtigung der Flexibilität, die mit der Differenzierung einhergehen kann, sind beobachtbar. Eine Gefahr ist zudem, dass je mehr Personen an der Klient_innenversorgung beteiligt sind, der Blick für das Ganze verloren geht (Voelker 2010).

Glouberman & Minzberg (2001) haben auf Grundlage einer mehrjährigen Studie im Krankenhaus die Differenzierung und die daraus entstehenden Kommunikationsprobleme mit Hilfe eines Quadranten verdeutlicht. Die vier stark differenzierenden Subsysteme werden als Cure (Arzt), Care (Pflege) Control (Management) und Community (öffentliche Hand) unterschieden.

Cure und Care arbeiten beide im Kerngeschäft in der Betreuung mit den Klienten. Sie haben aber beide ein völlig unterschiedliches Grundverständnis.

Die Systeme liegen aufgrund unterschiedlicher Ausbildung, Anreize und anderer Wertsysteme weit auseinander. Pflegende widmen sich der Betreuung, Mediziner profilieren sich in ihren Fachdisziplinen. Sie sind in ihrem Beruf professionalisiert mit entsprechendem Ansehen und Hierarchie.

Control (das Management) ist zuständig für die Gesamtsteuerung und kontrolliert die Ressourcen – Budget, Betten, Stellen. Auch hier ergibt sich ein Spannungsverhältnis bei den Verhandlungen von Ressourcen zwischen Cure, Care und Control.

Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium (Community) ist als Repräsentant der Öffentlichkeit zur Aufsicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Außenwelt. Neben den sowieso schon unterschiedlichen Interessen, verbünden sich diverse Parteien: Ärzt_innen zum einen mit Pflegenden, wenn es um klinische Anliegen geht. Zum anderen bilden sie eine „Status-Koalition“ mit beispielsweise den Verwaltungsräten des Krankenhauses oder anderen einflussreichen Personen des öffentlichen Bereichs, um ihren Interessen und Anliegen Kraft zu verleihen.

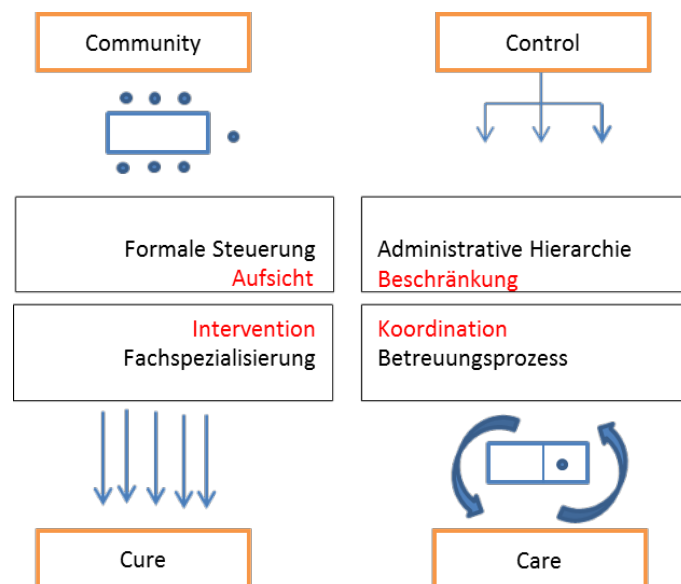


Abbildung 5: Subsysteme im Krankenhaus (modifiziert nach Glouberman und Mintzberg 2001 in Baller und Schaller 2017, S.154).



e-tivity 3: Interprofessionelle Konflikte

Die Spannungsverhältnisse in Institutionen haben stetigen Einfluss auf die Kommunikation. Welche Beispiele aus Ihrer Praxis können Sie in den Quadranten wiederfinden? Welche Kommunikationsstrategien bzw. Modelle aus dem Modul A1 fallen Ihnen zur Verbesserung der Zusammenarbeit ein? Wo könnten die Therapieberufe verortet sein?



Später in diesem Modul beschäftigen Sie sich mit Stereotypen und Vorurteilen. Bitte machen Sie sich dazu schon ein paar Notizen für die Einheit. Die Autoren des Quadranten bedienen sich der Stereotype über Gruppen (Ärzt_in, Pflegefachkraft, Manager_innen und Community). Welche Stereotypen sind Ihnen bewusst?



Optional zur Reflexion: Reflektieren Sie für sich, wo es bezüglich folgender Themen zu Konflikten kommen könnte: Berufe und Berufsbilder, Ausbildung, Kompetenzbereiche, Rollen, Status, Arbeitsabläufe- und Organisation, Fachsprache, Weiterentwicklungen (z.B. Direktzugang).

Schmitz et al 2013 fassen Veränderungsprozesse im Krankenhaus satirisch so zusammen:



Tipps für erfolgreiches Scheitern bei Professionals

Ignorieren Sie die Besonderheiten der professionellen Arbeit.

Begründen Sie Ihr Anliegen einer Veränderung mit möglichst professionsfremden, am besten mit rein betriebswirtschaftlichen Argumenten (Kosten! Effizienz! Produktivität!).

Auch Formulierungen wie «... in jedem normalen Unternehmen» zeigen sich immer wieder neu «hilfreich».

Speziell in Krankenhäusern gilt: Suchen Sie sich Ihre engste_n Verbündete_n bei politisch Vorgesetzten, Trägern, Krankenversichernden etc. — «da kommt schließlich das Geld her». Die Professionals im Kerngeschäft sind Dienstleister und haben sich zu richten — basta.

Missachten Sie die wichtige Kombination von klarer Rahmensetzung und sorgsamem Einbezug der Professionals. So haben Sie zwei Möglichkeiten: Entweder Sie ordnen gleich alles Top- down an ohne irgendjemanden einzubeziehen (und kommen so in den Genuss einer raschen Entscheidung — wenn auch nicht in die Chance gelingender Umsetzung).

Oder aber Sie lassen alles von unten nach oben erarbeiten, geben allen das (falsche) Gefühl, dass sie mitentscheiden könnten, vermeiden jede ei-

Prinzipiell gilt: Vermeiden Sie Sensibilität und Wertschätzung gegenüber Professionals. Verleihen Sie stattdessen Ihrer Meinung Ausdruck, dass Spezialisten speziell wenig wissen würden, dass alles schon längst hätte passieren sollen und wie unverständlich es sei, dass man heute immer noch nicht ...

6.3 Zusammenfassung

Die vielfältige Arbeitsteilung im Gesundheitssystem besonders im Krankenhaus wird aus Effizienzgründen fortschreiten. Zunehmende Spezialisierung bedingt effizienten Austausch zwischen den Spezialisten. Durch Spezialisierung und vertieftes Wissen nimmt die Komplexität in der Behandlung im Einzelfall zu. Durch verschiedene Interessenlagen, Differenzierung und Spezialisierung im Berufsalltag wird die Kommunikation miteinander sehr komplex. Diese ist geprägt durch berufsspezifische Kommunikation, Rollen und Verantwortung unter Berücksichtigung der jeweiligen Werte und (Berufs-)Ethik (Abbildung 6).

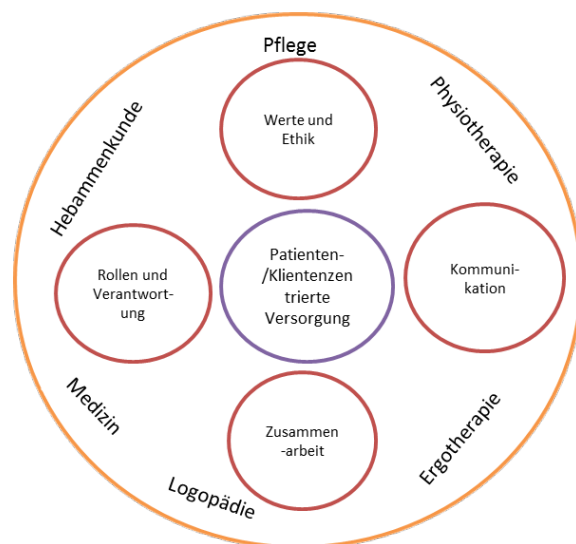


Abbildung 6: Interprofessionelle Kompetenzdomänen für die Gesundheitsberufe (Handgraaf et al. 2016, S. 53)

Nur durch Reflexion, Austausch und Wertschätzung der anderen können Vorteile der Spezialisierung und Differenzierung genutzt und Nachteile gemindert werden. (Mayer et al. 2014).

Achtung: Gelingt Wertschätzung und Absprache nicht, kann das Arbeiten an Klient_innen behindert werden.



Ein kleines Filmbeispiel (Name „Projekt 22“) finden Sie auf der Lernplattform, Filmdauer ca. 5 Minuten

6.4 Literatur

Bals, Th. (1990). Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Köln 1990. In: Schewior-Popp, S. (1999). Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens. Idstein: Schulz-Kirchner. (2. Aufl.).

Schewior-Popp, S. (1999). Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens. Idstein: Schulz-Kirchner. (2. Aufl.).

Globberman, S., Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. Health Care Management Review, 26 S. 56-69. In Baller, G., Schaller B. (2017). Kommunikation im Krankenhaus. Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal. Springer Berlin Heidelberg.

Handgraaf, M., Dietrich S., und Grünberg, Ch. (2016). Interprofessionelles Lehren, Lernen und Handeln- strukturelle und didaktische Herausforderungen. International Journal of health professions Vol 3 Issue 1 S.47-56.

Meyfort, B., Paulin, H. (1984). Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Bundesinstitut für Berufsausbildung (Hrsg.). Heft 76 der Berichte zur beruflichen Bildung. Berlin, Bonn. In: Schewior-Popp, S. (1999). Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens. Idstein: Schulz-Kirchner. (2. Aufl.).

Mayer, S., Landenberger, M. & Beutner, K. (2014). Interdisciplinary studying in the health care system. physioscience, 10(2), 74-79.

Sachverständigenrat (2000, 2007). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung. Bonn: Nomos Verlag

Schmitz, Ch., Berchtold, P., Laifer, G., Meier, Ch. A. (2013). Herausforderung Vernetzung. Wie Prozessoptimierung im Krankenhaus gelingen kann. Organisationsentwicklung Nr. 1.

Voelker, Claudia (2010). Physiotherapie: Berufliches Selbstverständnis, Cornelsen.

7. Spezialisierung und Differenzierung - Aufgaben in der Praxis abgrenzen

Dieses Kapitel bearbeitet den intensiven interprofessionellen Austausch. Es ermöglicht die Reflexion der eigenen Rolle, die Berufsidentität zu festigen, aber auch Grenzen und Überschneidungen zu anderen Berufen am praktischen Beispiel zu identifizieren. Für die Praxis erkennen Sie Potentiale für die künftige Pflege und Therapie und entwickeln vielleicht auch neue Ideen und Potenziale für die Zusammenarbeit.

7.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden:

- bestimmen anhand einer Fallsituation Aufgaben der eigenen und anderer tätigen Professionen und grenzen diese voneinander ab.
- strukturieren das in diesem Modul erreichte Fachwissen.
- stellen die diversen Perspektiven der interprofessionellen Arbeit dar und diskutieren sie.

Studieninhalt:

Anhand eines Fallbeispiels von Frau Mutig tauschen Sie sich über Aufgabe, Ziele etc. aus.

7.2 Berufsspezifische Aufgaben bei der Klientin Frau Mutig

In dieser Lerneinheit werden die Aufgaben der eigenen Profession reflektiert, theoretisch begründet und zu gemeinsamen Entscheidungen in der Behandlung zusammengeführt. Interprofessionelle Kompetenzen setzen monoprofessionelle Kompetenzen voraus. Professionsgrenzen werden oft nicht deutlich, theoretisch nicht ausreichend abgesteckt und sind in der Praxis unter Zeitdruck etc. noch schwieriger zu vertreten und auszuhandeln. In der Phantasie kann man sich gut vorstellen zusammenzuarbeiten nur in der Realität kommt es zu Aushandlungsprozessen die herausfordernd sein können.

Wichtig bei dieser Aufgabe ist die Verschränkung von Theorie und Praxis. Vielen erscheint das Verhältnis von Theorie und Praxis als ein Widerspruch; Theorie wird unzureichend als systematische Darlegung der Bedingungen praktischen Handelns begriffen, die bei veränderter Praxis der erneuten Prüfung ggf. Revision bedarf. Sie wird als Plan gedeutet, der instrumentell in der Praxis anwendbar sein sollte bzw. nicht erwartungsgemäß funktioniert. Üben Sie sich im Diskurs in fachlicher und klient_innenzentrierter Argumentation.



e-tivity 4:

Schritt 1: Lesen Sie das Fallbeispiel von Frau Mutig. Falls Sie Ihren Wissensstand über Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) auffrischen wollen, lesen Sie die vertiefende Literatur.

<https://www.dgn.org/leitlinien/3012-II-18-II-amyotrophe-lateralsklerose-motoneuronenerkrankungen>

Falls nicht bereits bekannt suchen Sie sich zusätzlich Informationen über die Behandlung von ALS in Ihrer Profession (Grundlagen).

Schritt 2: Fachlich gut gerüstet, sehen Sie sich den kleinen Clip (4 Minuten) an, in dem Frau Mutig von einem interprofessionellen Team behandelt wird.

Schritt 3: Tauschen Sie sich in Ihrer interprofessionell zusammengesetzten Gruppe über folgende Fragen aus:

Wie sind die Arbeitsbereiche organisiert? Wer hat welche Aufgaben und Rollen? Wer verwendet welches Konzept, welche Methoden, Mittel und Medien?



Was verstehen die einzelnen Berufsgruppen unter: Material, Medien und Mittel? Wer hat welche Ziele? Wo kommt es zu Überschneidungen der Aufgaben, wie lösen Sie diese? Welche Merkmale/Charakteristika von Gesundheitsfachpersonen könnten Ihrer Meinung nach aus Sicht der Patientin bedeutend sein? Verschriftlichen Sie das Ergebnis Ihrer Gruppendiskussion (max. 1 Din A 4 Seite) und laden Sie es als PDF auf die Lernplattform und in Ihr E-Portfolio hoch.

Es dient zur Vorbereitung auf das gemeinsame Webinar, innerhalb der der Fall in der großen Gruppe diskutiert wird.



Optionale Selbstreflexion

Stellen Sie folgende fünf Punkte für Ihren Beruf auf einem Plakat zusammenfassend dar. Stellen Sie das Plakat auf die Lernplattform. Kommentieren Sie ggf. ein anderes Plakat.



- 1) Individuelle Perspektive: Innensicht - eigene Berufsidentität.
- 2) Interprofessionelle Perspektive: Innensicht: Fokussierung auf die Gemeinsamkeiten mit den anderen Berufen.
- 3) Professionsbezogene Perspektive: Innen und Außensicht:
Fokus auf spezifische Besonderheiten und Grenzen der eigenen Disziplin, Fachexpertise und Kompetenzen als Abgrenzungslinie zu anderen Professionen.
- 4) Kommunizierte, indirekt erfahrene oder vermutete Patient_innen/Klient_innen Perspektive auf Ihren Beruf: Außensicht.
- 5) Gesellschaftliche Perspektive: Außensicht. Welchen Beitrag leistet der eigene Gesundheitsberuf für das Gesundheitssystem?

7.3 Zusammenfassung



Erstellen Sie sich heute selbst eine kurze Zusammenfassung. Reflektieren Sie für sich:

- Welche Erkenntnisse haben Sie bezüglich der interprofessionellen Arbeit gewonnen?
- Was ist aus Sicht der einzelnen Professionen bei der Behandlung von Frau Mutig zu tun?
- Wo waren Aushandlungsprozesse wichtig? Wie wurden sie gelöst?

7.4 Literatur

Ludolph, A.C. (2015). AWMF Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie S1: DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Diagnose und Therapie der Amyotrophe-Lateralsklerose. Ulm. Zugriff am 16.01. 2019. Verfügbar unter <https://www.dgn.org/leitlinien/3012-II-18-II-amyotrophe-lateralsklerose-motoneuronenerkrankungen>

8. Die eigene Fachsprache und die anderen Fachsprachen der Berufsgruppen

„Worte sind ein mächtiges Werkzeug.

Worte können

wie ein zweischneidiges Schwert

sowohl tief verletzten

als auch heilend sein.“

(Lown, 2004).



Um die Macht der Worte in der interprofessionellen Beziehung dreht sich das folgende Kapitel. Menschen wachsen auf und entwickeln sich mit ihrer Sprache. Haben Sie jemals gedacht, ohne Worte im Kopf zu formulieren? Worte und Gedanken sind untrennbar und prägen unser (berufliches) Miteinander.

Lesen Sie zum Einstieg in das Thema Fachsprache „Rotkäppchen auf Amtsdeutsch“ (Troll 1984) und überlegen Sie hier schon ein erstes Mal, was wohl typisch an Ihrer Fachsprache ist. Würden Sie das Märchen verstehen, wenn Sie es in der Urform nicht kennen würden? So geht es manchmal auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Was ist eine ENP-Pflegediagnose? Was ist ein Canadian Occupational Performance Measure (COPM)? Was ist eine Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT)? Was ist ein Abott-Saunders-Test? Unterschiedliche Fachsprachen erschweren die Kooperation. Wenn auch Sie vielleicht die Bedeutung der Fremdworte nicht wissen, für nichtmedizinische Berufe wie Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen und Werkstattmitarbeiter_innen ist das Verstehen noch komplizierter. Da der berufliche Alltag durch die Kommunikation mit der Fachsprache gekennzeichnet ist, ist der reflektierte Umgang damit ein Baustein für eine interprofessionelle Zusammenarbeit. Als zielgruppenspezifische „gemeinsame Sprache“ für die interprofessionelle Kommunikation wird die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erörtert.

8.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden...

- nehmen ihre eigene Fachsprache wahr und reflektieren diese.
- finden eine zielgruppenspezifische „gemeinsame Sprache“.
- formulieren therapeutische und pflegerische Zielsetzungen im interprofessionellen Kontext (ICF-Modell).

Studieninhalte:

- Vorzüge und Einschränkungen durch die Fachsprache
- ICF
- Berufsübergreifende Aufgabe, Ziele etc. in der ICF beschreiben

8.2 Sprachwelten



Semantik, nennt man die Theorie oder Wissenschaft von der Bedeutung der Zeichen. Es können beliebige Symbole sein, die eine (unterschiedliche) Bedeutung haben, aber auch Sätze, Satzteile, Wörter oder Wortteile. Beispiel: Wenn Ihnen jemand erzählt, er war im Urlaub am Strand. Woran denken Sie dann? Einem Strand an der Nordsee, einem Strand in Italien, einem Strand mit Palmen in der Karibik? Je nachdem, welche eigenen (naheliegenden) Erfahrungen Sie haben, haben Sie gleich ein Bild von einem Strand im Kopf und schreiben dem Wort „Strand“ eine bestimmte Bedeutung zu. Findet keine Spezifizierung im anschließenden Gespräch statt, kann es sein, dass die Erzähler_in eine ganz andere Art von Strand gemeint hat als Sie ihn vor Augen hatten.

Beziehen Sie dies nun auf den beruflichen Bereich und machen eine Sammlung, wie sich eine Sprachstörung zeigen. Gleichen Sie ihre Einfälle mit einer Logopäd_in ab. Fachleute bedienen sich für den Austausch von Fachinformationen ihrer Fachsprache, die sich in erster Linie durch ihre besondere Terminologie (= Fachwortschatz) auszeichnet. Die zunehmende Komplexität fachlicher Inhalte und des gesamten Fachwissens sowie die Vernetzung und Überschneidung von Fachgebieten stellen an die Fachkommunikation immer höhere Anforderungen.



In der **Fachkommunikation** bedienen sich die Fachkolleg_innen sprachlicher (lexikalischer, morphologischer, syntaktischer) Mittel, die für das betreffende Fach charakteristisch sind und zusammen ihre **Fachsprache** ausmachen. **Fachwörter** sind in einem allgemeineren Sinn spezialisierte Bezeichnungen, die eindeutig bestimmbare, konkrete oder abstrakte Gegenstände bezeichnen. Mit dem Fachwissen, den Kenntnissen in den Fachgebieten, erweitern sich die zugehörigen Fachwortschätze.

Eine andere Gliederung des Fachwortschatzes folgt den Kommunikationsbereichen:

- Wissenschaft und Forschung (Wissenschaftssprache),
- Produktion und Herstellung (eigentliche Fachsprache),

- Vertrieb und Marketing (Verwässerung, Vergrößerung der Fachsprache),
- Konsum (Fachsprache in der Gemeinsprache) (Hahn 1983)

Wie bei jeder Sprache soll der Gebrauch einer Fachsprache der raschen und eindeutigen Informationsvermittlung dienen. Es ist allerdings in vielen alltäglichen Situationen zu beobachten, dass die Verwendung fachsprachlicher Termini und Wendungen nicht unbedingt zur Erleichterung der Kommunikation beiträgt. Aufgrund der starken hierarchischen Strukturen in Institutionen des Gesundheitswesens besteht oft die Hemmung bei Unklarheiten nachzufragen. Dies kann zu Informationsverlust führen.

Mit der Sprache werden nicht nur Gedanken, sondern auch Gefühle ausgedrückt. Nicht alles, was gesagt wird, ist das, was gemeint ist. Im Kopf sind viel mehr Informationen, als tatsächlich in Worte gefasst werden können. Im Unbewussten gibt es eine Vielzahl von Annahmen und Wahrnehmungen, die in der Sprache nur reduziert zum Ausdruck gebracht werden können. (Möller et al. 2016)

Whorf (1956) ist wohl einer der bekanntesten Vertreter der sprachlichen Relativität. Er begann seine Laufbahn als Inspektor einer Feuerversicherung und entwickelte sich bei dieser Tätigkeit zu einem einflussreichen Amateurlinguisten. Er bemerkte, wie verschieden die Leute ihm die Ursachen der Brände schilderten. Solche Beobachtungen veranlassten ihn, auch die Sprachen anderer Kulturen zu untersuchen. Er kam zu dem Schluss, dass die verschiedenen kulturellen Gruppen nicht nur verschiedenen Sprachen sprechen, sondern auch in andersgearteten kognitiven Welten leben (Forgas 1999). Ein Beispiel dafür ist sehr bekannt, die zahlreichen Ausdrücke für Schnee in der Sprache der Inuit, die es in unserer Kultur nicht gibt. Überlegen Sie, wie der Zusammenhang zwischen Ihrer Profession und Ihrer Sprachwelt ist.

Fachsprachen der einzelnen Professionen sind Ausdruck einer professions-spezifischen Strukturierung. Sobald Menschen miteinander interagieren, entwickeln sie unweigerlich einen Sprachcode. In dem Wissen von einander werden in ihrer verbalen Kommunikation immer mehr Einzelheiten ausgespart.

„Eine gemeinsame soziale Umgebung fördert also die Herausbildung eines Gruppenjargons. Das geschieht nicht nur, um Kapital aus dem gemeinsamen Wissen zu schlagen und die Kommunikation ökonomischer zu gestalten. Die ‚eigene Sprache‘ trägt auch dazu bei, eine soziale Gruppe zu definieren.“ (Forgas 1999, S. 118)

Forgas hat einen Leitfaden für einen unnötigen und unverständlichen Fachjargon zusammengestellt. Sie können nahezu jedes Wort aus Spalte 1 mit nahezu jedem Wort aus Spalte 2 und 3 kombinieren, und das Ergebnis wird jedes Mal eine beeindruckend klingende Phrase sein:

Tabelle 1: Fachjargon (Forgas 1999 S.121)

1	2	3
fortbestehend	persönlich	Konstrukt
komplementär	kulturell	Kontexte
bestätigend	sozial	Reaktionen
dissonant	individuell	Reiz
künftig	natürlich	Evaluierungen
rational	wissenschaftlich	Repräsentationen
erfolgreich	kognitiv	Urteile
intuitiv	psychologisch	Bewertungen
manipulativ	konzeptuell	Vorhersagen
klassisch	deskriptiv	Struktur
gegenwärtig	funktional	Wahrnehmungen
komplex	mental	Situationen



Sprache spiegelt gesellschaftliche Verhältnisse wieder.

Ein wichtiges Instrument zur Vermittlung und Aufrechterhaltung von Stereotypen in Gruppen, so auch in der interprofessionellen Arbeit ist die Sprache (Schöl, 2008 in Petersen & Six 2008). Ein Ansatz der Stereotypenforschung befasst sich mit subtilen sprachlichen Mechanismen. In einer Forschung von Maass et al. (1989) wurde ein „Linguistisches Kategorienmodell“ entwickelt. Es unterscheidet linguistische Kategorien, die auf einer Dimension von konkret bis abstrakt angeordnet sind.

Alle (jeweils vier negative und positive) Aussagen können bei der Beschreibung einer Handlung ebenso als "richtig" oder "wahr" gelten.

Das „**Linguistisches Kategorienmodell**“ beschreibt im Intergruppen-Kontext die Neigung eines Gruppenmitglieds mittels linguistischer Kategorien positive



Informationen über die Eigengruppe und negative Informationen über die Fremdgruppe abstrakt zu kommunizieren, während positive Informationen über die Fremdgruppe und negative Informationen über die Eigengruppe eher konkret beschrieben werden. Diese Unterschiede im Abstraktionsniveau führen in der Folge ihrerseits zu unterschiedlichen Interpretationen, Beurteilungen und Handlungskonsequenzen.

Tabelle 2: Stereotypen in der Sprache nach Maass et al. 1989 mit Beispielen

Abstraktionsebene	Negatives Verhalten	Positives Verhalten	Abstraktionsgrad
Deskriptives Handlungsverb; einzelne Situation; konkret, objektiv; kaum Wertung; kein Hinweis auf Personeneigenschaft; Ursache unklar	Ein Fußballspieler schlägt seinen Gegner während des Spiels.	Ein Fußballspieler trifft das Tor.	konkret
Interpretatives Handlungsverb, Abstraktere Situationsbeschreibung erlaubt Interpretation und Wertung; Tat geht von Subjekt aus.	Ein Fußballspieler verletzt seinen Gegner während des Spiels.	Ein Fußballspieler schießt ein Tor.	
Zustandsverb; zeitlich überdauernd, innere, geistige oder emotionale Zustände; sehr abstrakt: nicht auf konkrete Handlung bezogen; bestreitbar, nicht direkt beobachtbar	Ein Fußballspieler hasst seinen Gegner.	Ein Fußballspieler freut sich über das Treffen der Tore.	
Adjektiv; zeitlich überdauernd Subjekteigenschaft höchste Abstraktheit: weder auf Handlung, noch auf Objekt bezogen	Ein Fußballspieler ist aggressiv.	Ein Fußballspieler ist sportlich.	Abstrakt

Tabelle 3: „Linguistisches Kategorienmodell“ (Werth & Mayer, 2008 Sozialpsychologie, S. 424)

	Negatives Verhalten	Positives Verhalten
Eigengruppe	Konkret	Abstrakt
Fremdgruppe	Abstrakt	Konkret

		Gezeigtes Verhalten ist	
Verhalten wird gezeigt von...		positiv	negativ
	Eigengruppe	internal/ dispositional „Wir sind gut“	external/situativ „Wir konnten in der Situation nicht anders.“
	Fremdgruppe	external/situativ „Das war nur in der speziellen Situation, weil....“	internal/dispositional „Die sind einfach schlecht.“

Die vorgestellten Kategorien unterscheiden sich aber nicht nur in ihren semantischen Merkmalen. Sie weisen auch Unterschiede in psychologischen Dimensionen wie beispielsweise Attribution und Kausalitätsrichtung auf.



Attribution wird definiert als Zuschreibung von Eigenschaften und Ursache-Wirkung-Beziehungen gegenüber der Realität durch die handelnde Person zur Erleichterung der Orientierung im Alltag. Attributionen ersetzen häufig überprüftes Wissen (wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/attribution).



Um Kausalitäten und Ursachen wirklich herzuleiten und Kausalitätsrichtungen definieren zu können, ist grundsätzlich eine wissenschaftliche Betrachtung notwendig, die wir im Alltag nicht vornehmen. (Beispiel für zwei **Kausalitätsrichtungen**: Der Begriff „Psychogener Schmerz“ beschreibt die Kausalitätsrichtung: „Seelische Belastungen führen zu Schmerzsymptomen“. In dem Terminus „Algogenes Psychosyndrom“ wird die umgekehrte Kausalitätsrichtung betont: Schmerzen sind in erster Linie ein körperliches Syndrom, bei dem die Schmerzverarbeitung bzw. Schmerzbewältigung gestört ist und dies führt zu psychischen Syndromen).

Die Frage wäre nun, z.B. in welcher Richtung denken und handeln wir bei einer Klient_in mit Schmerzen und wie attribuiert unser_e Kolleg_in das Schmerzgeschehen?

Die Auswahl der Zuschreibung beruht wahrscheinlich nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf eigenen Einstellungen. So kann es in der Teambesprechung dazu kommen, dass eine Kolleg_in bei einer Klient_in mit Nackenschmerzen und Stresssymptomen erzählt, ihre Schmerzen seien Psychosomatisch (Stress) und als Auswirkung habe sich die ganze Nackenmuskulatur verspannt. Während die andere Kolleg_in die Annahme vertritt, dass die Klient_in durch ihre ständigen Schmerzen im Nacken so gestresst ist.



Auf Grund ihrer verhaltensnahen Umschreibung implizieren konkretere Beschreibungen primär ein höheres Maß an willentlicher Kontrolle über das Verhalten sowie ein geringeres Maß an Stabilität der zu Grunde liegenden Verhaltenstendenzen (d. h. Eigenschaften). Bezogen auf ein Kontinuum von der Attribution des beobachteten Verhaltens auf die Situation versus auf die Person führen abstraktere Beschreibungen daher eher zu **dispositionalen Attributionen** (von Anlage, Veranlagung, Tendenz oder Neigung) auf die handelnde Person. Außerdem sind abstraktere Umschreibungen weniger informativ hinsichtlich der konkreten Situation, in der das beschriebene Verhalten auftrat, und führen daher zu weniger starken **situationalen Attributionen** (Reize aus der jeweiligen aktuellen Umgebung). Abstrakte Äußerungen sind überdies weniger verifizierbar sowie in einem erhöhten Maße streitbar hinsichtlich ihrer Berechtigung.

Das Abstraktionsniveau einer Botschaft wird aber nicht nur durch die Erkennung erlernter Muster (Konsistenz) des geschilderten Verhaltens im Sinne einer Passung mit stereotypem Vorwissen beeinflusst, sondern auch durch die aktuelle Intention des Senders. (Semirr & Fiedler, 1991)

Was ist nun zu tun, damit erfolgreiche Zusammenarbeit auch durch Sprache gelingt?



Auf personaler Ebene müssen die Heterogenität des individuellen Erfahrungswissens, die unterschiedlichen Ausbildungen und Berufssozialisierungen bewusst und anschlussfähig gemacht werden.

Dazu dienen eine gemeinsame Sprache und ein offener Umgang miteinander, dies benötigt Zeit und Raum. Die in der Interprofessionellen Zusammenarbeit verwendete Sprache sollte eine intersubjektive Sprache sein (Sieger et al. 2010).



Intersubjektivität (von lat. inter: zwischen und Subjekt: Person) drückt aus, dass ein (komplexerer) Sachverhalt für mehrere Betrachter gleichermaßen erkennbar und nachvollziehbar ist. Auf Grund der selektiven Wahrnehmung einerseits und der unterschiedlichen sozialen Realitäten andererseits ergibt sich als Grundprinzip die Intersubjektivität.



Die Idee ist ein Bewusstsein für eine fehlende objektive Feststellung. Diese wird stets durch die erlebte Berufsidentität beeinflusst.

Eine Annäherung der Objektivität ist durch den Vergleich der subjektiven Realitäten unterschiedlicher Personen möglich.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden herauskristallisiert und in Übereinklang gebracht. Dafür ist es aber notwendig, dass die entsprechende subjektive Realität nachvollziehbar dargelegt wird, damit andere Personen diese gegebenenfalls überprüfen können. Eine Möglichkeit ist das Bildungsinstrument der **heuristischen Fallmatrix** aus dem Projekt Ausbildungsqualität in Gesundheitsberufen (AQiG) – Ergebnis der Experten (Sieger et al. 2010).

8.3 Eine „gemeinsame Sprache“ finden

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die deutschsprachige Übersetzung ist „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“.



Der ICF zugrunde liegt das bio-psychosoziale Modell, es sieht Gesundheit und Behinderung als Resultat einer Wechselbeziehung mehrerer Komponenten.

Die ICF stützt sich auf den **salutogenetischen Ansatz von Antonovsky**, d.h. der Fokus liegt auf der Betrachtung des Gesundheitszustandes, der Gesunderhaltung und der Gesundheitsentstehung. Im Zentrum der medizinischen Behandlung soll der gesamte Mensch stehen. Diese umfassende Sichtweise auf die Klient_innen erfordert ein komplexes Denken und Handeln, eine abgestimmt und vernetzte Zusammenarbeit, aller für die Klient_innen und ihre Gesundheitsprobleme erforderlichen Gesundheitsberufe.

Die Kommunikation in interdisziplinären Teams betrifft nicht allein die interne Arbeit innerhalb der Einrichtungen. Ebenso kann eine intensivere Kommunikation zwischen externen Beteiligten verschiedener Institutionen im Rehabilitationsprozess stattfinden. Zu diesen Akteur_innen gehören die Rehabilitand_innen sowie ihre Angehörigen, die Rehabilitationsträger_innen und auch Leistungserbringer_innen. Eine bessere Kommunikation zwischen diesen Akteur_innen ist möglich, indem die jeweiligen Informationsprozesse einschließlich der zu übermittelnden Informationen auf der Grundlage der ICF definiert werden. Dies gilt besonders für die Kommunikation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zu Beginn und am Ende einer Maßnahme. Ein Berichtswesen auf ICF-Basis ermöglicht eine gemeinsame Sprache.

Die **Definition funktioneller Gesundheit** lautet: Eine Person gilt als funktionell gesund, wenn

- vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren), ihre körperliche Funktion (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und-strukturen),
- sie/er all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie/er ihr/sein Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr/ihm wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen



ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder-strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird
(Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen). (Schuntermann 2003, S.3)



Wer sich noch einmal intensiv vor der Aufgabe mit der ICF beschäftigen will, der kann das sehr gut mit diesem Link tun:

<http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/5488/icf.pdf>

Es arbeiten beispielsweise in den Teams der beruflichen Rehabilitation einschließlich der Werkstätten für behinderte Menschen in der Regel nicht nur die Vertreter_innen typischer Gesundheits- und Sozialberufe (Ärzt_innen, Psycholog_innen, Physio- und Ergotherapeut_innen, Sozialarbeiter_innen und Sozialpädagog_innen usw.), sondern z.B. auch Werkstattleiter_innen, Ausbilder_innen oder Lehrer_innen. Ein Kernelement ist dabei die wechselseitige Abstimmung und Verständigung.



Beispiel

In Schroeteler et al. 2010 werden die Kommunikationsstrukturen in einer auf Parkinson-Klient_innen spezialisierten Klinik vorgestellt. An der im Zwei-Wochenrhythmus stattfindenden Fallbesprechungen nehmen alle Professionen teil und stimmen ihre Interaktion aufeinander ab. Verlaufskontrollen und Erfolgsbewertungen werden auf der Basis der ICF vorgenommen und gemeinsam dokumentiert. Einerseits gilt die Dokumentation als Grundlage für die Fallbesprechungen, andererseits werden neue Informationen und Ergebnisse der Teamsitzung gleich eingepflegt. Auch die Darstellung des Gesamtverlaufs und die Abschlussberichte erfolgen ICF-basiert (Schreiter 2011).



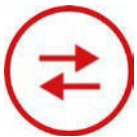
Min.) an. Ist Ihre Profession im Behandlungsteam nicht vertreten, so spielt das keine Rolle. Es geht in dieser Aufgabe darum, dass Sie sich Gedanken über die unterschiedlichen Fachsprachen machen. Machen Sie sich Notizen.



Schritt 2: Stellen Sie eine Tabelle mit Vor- und Nachteilen Ihrer eigenen Fachsprache zusammen. Dieser Punkt wird im Webinar aufgenommen.

Schritt 3: Formulieren Sie eine therapeutische bzw. pflegerische Beschreibung der Klientin Frau Abernety im interprofessionellen Kontext auf der Grundlage der Struktur der ICF. Nutzen Sie die Tabelle auf der Lernplattform. Sehen Sie sich den ggf. die Filme ein zweites Mal an und achten auf Informationen zum Konzept der Kontextfaktoren, dem Konzept der Körperfunktionen und -strukturen, dem Konzept der Aktivitäten und dem Konzept der Teilhabe an den Lebensbereichen.

Gleichen Sie im Anschluss in Ihrer interprofessionellen Gruppe Ihre Sichtweisen ab und diskutieren Sie die Vor- und Nachteile einer interprofessionellen Verständigung anhand der ICF. Die Auswertung erfolgt in der Web-Konferenz.



8.4 Zusammenfassung

Das bio-psychosoziale Modell der ICF und die Klassifikation sind ausdrücklich als Instrument der interprofessionellen und interinstitutionellen Kommunikation entwickelt worden. Es stehen nicht mehr nur die berufsgruppentypischen Inhalte im Vordergrund. Vielmehr kann die Kommunikation interprofessionell und unter Einbeziehung der Klient_innen geführt und die Aufgabenteilung inhaltlich abgestimmt werden. So verlaufen Teamgespräche strukturierter und die dort getroffenen Entscheidungen ermöglichen eine effektivere Prozessgestaltung innerhalb der Institution.

8.5 Literatur

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (2004). ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO Kooperationszentrum für die Familie Herausgegeben vom World Health Organization Genf. Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter <http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/5488/icf.pdf>

Forgas J.P. (1999). Soziale Interaktion und Kommunikation. Eine Einführung in die Sozialpsychologie, 4. Auflage München, Weinheim.

Hahn, W. (Hrsg.) (1983). Fachkommunikation: Entwicklung - Linguistische Konzepte - Betriebliche Beispiele. Berlin 1983, S. 75.

Hergesell, S. (2005). Fallbeispiele in der Pflegeausbildung. Praxisorientierte Unterrichtsgestaltung mit Filmen Elsevier, München DVD.

Lown B. (2004). Die verlorene Kunst des Helfens. Anstiftung zum Umdenken. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Maass, A., Salvi, D., Arcuri, L., Semin, G.R. (1989). Language use in intergroup contexts: The linguistic intergroup bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, P. 981-993.

Möller, J., Helm, F., Müller-Kalthoff, H., Nagy, N., Marsh, H. W. (2016). The generalized internal/external frame of reference model: An extension to dimensional comparison theory. *Frontline Learning Research*, 4, P 1-11.

Schöl, C., Stahlberg, D., & Maas, A. (2008). Sprachverzerrungen im Intergruppenkontext. In L. E. Petersen & B. Six (Hrsg.) (2008) *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung* (S. 62–70). Weinheim/Basel: Beltz.

Schuntemann, M. F. (2013). Einführung in die ICF: Grundkurs - Übungen - offene Fragen. *ecom-med Medizin*, Landsberg.

Schreiter, S. (2011): Interprofessionelle Kooperation. In: Voelker, C. (2011). *Berufliches Selbstverständnis. Physiotherapien*. Cornelsenverlag Berlin S.131-151.

Schroetler, F. (2010). Parkinsonsyndrome. Interdisziplinäre neurologische Rehabilitation im Zentrum für Parkinson und Bewegungsstörungen am neurologischen Krankenhaus München. In: *pt-Zeitschrift für Physiotherapeuten* 3 (62): Sonderbeilage.

Semin, G. R., Fiedler, K. (1991). The linguistic category model, its bases, applications, and range. *European Review of Social Psychology*, 2, P 558-568.

Sieger, M., Ertl-Schuck, R., Bögermann-Großheim, B. (2010). Interprofessionelles lernen als Voraussetzung für interprofessionelles handeln –am Beispiel eines interprofessionell angelegtem Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. In: *Pflege & Gesellschaft* 15Jg. H.S. S. 197-216.

Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Definition Attribution. Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/attribution.html>

Troll, T. (1984). Rotkäppchen auf Amtsdeutsch. In: *Zeit Online* (52). Zugriff am 16.01. 2019. Verfügbar unter [Rotkäppchen auf Amtsdeutsch. https://www.zeit.de/1984/52/rotkaeppchen-auf-amtsdeutsch](https://www.zeit.de/1984/52/rotkaeppchen-auf-amtsdeutsch)

Werth, L.& Mayer, J. 2008 Sozialpsychologie. Spektrum Akademischer Verlag. Wiesbaden

Wirtschaftslexikon Attribution. Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/attribution.html>

Whorf, B.L. (1956): Language Thought and Reality. Cambridge: MIT Press dt: Sprache Denken, Wirklichkeit. Reinbek 1963.

9. Fallbesprechungen

Auslöser, Zweck und Gegenstand der Fallarbeit

„Die inhaltliche Arbeit macht Spaß.

Was nervt sind die zahlreichen Probleme im Team.“

So könnte man den Plotagonfilm betiteln, den Sie zu Beginn des Moduls mit Jessica der Physiotherapeutin und Lizzie der Ergotherapeutin gesehen haben. Was auf den ersten Blick nach einer einfachen Sache aussieht (man ist in der Lage, mit anderen im Team zu arbeiten), ist eine komplexe Aufgabe und unterliegt verschiedenen Regeln. Innerhalb so genannter Besprechungen wird oft nur die Organisation betreffender Informationen ausgetauscht.

Kommunikationsstrukturen zur Reflexion und zum Wissensaustausch in der Gruppe oder auch Möglichkeiten für die individuelle Zielvereinbarung ist oft zu wenig Zeit oder finden kaum statt. Bei der Vernachlässigung von Absprachen kann es im Gesundheitsbereich zu Fehlern, zu ineffektivem Arbeiten und Irritationen bei Klient_innen führen. Von daher sind der Fallarbeit als ein elementares Feld der Zusammenarbeit die drei folgenden Einheiten gewidmet.



Interprofessionelle Zusammenarbeit kann im Gesundheitswesen sehr unterschiedliche Formen annehmen. Vom Austausch von Ideen, gegenseitiger Unterstützung bis zu gemeinsamer Aufgabenbearbeitung kann die Kooperation reichen (Antoni 2010).

Interprofessionelle Teamarbeit, die Bearbeitung eines gemeinsamen Arbeitsauftrags zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels, bedarf einer gemeinsamen Planung. Diese findet im stationären Bereich in Teams und Fallbesprechungen statt, im ambulanten Bereich existieren dafür nur selten Strukturen. Im Folgenden steht die Fallbesprechung als wichtiges Element der Klient_innenarbeit im Fokus.

In dieser Einheit wird zuerst die Komplexität eines Falls, einer Fallbesprechung vorgestellt und in der folgenden Einheit die Struktur einer Fallbesprechung bearbeitet. Die Besprechungsstruktur lässt sich auch auf die Teamarbeit allgemein übertragen. Im vorherigen Kapitel wird mit Hilfe einer Heuristischen Fallmatrix die Zusammenarbeit im Kontext des Behandlungsprozesses erprobt. Eine weitere, gelenkte Form der Fallbearbeitung finden Sie in dem zum Thema Supervision und Kollegiale Beratung.

9.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden...

- verstehen die vielfältigen Einflussfaktoren auf die Fallbesprechung.
- erkennen Auslöser, Zweck und Gegenstand der Fallarbeit.

Studieninhalt:

- Die vielen Perspektiven der Fallarbeit.

9.2 Die Fallbesprechung



Fallbesprechungen werden geführt, um die Versorgungshandlung der am Behandlungsprozess beteiligten Professionen zu planen, zu koordinieren und zu evaluieren (Posenau 2016). Eine Fallbesprechung ist abzugrenzen von einem (eher beiläufigen) Gespräch, etwa während der Kaffeepause oder im Rahmen einer Dienstübergabe.

Durch die Fallarbeit bzw. Fallbesprechungen können Informationen gesammelt werden, z.B. zur Vervollständigung lückenhafter Informationen, zur Konkretisierung eines Problems oder zur Reflexion einer Situation. Entscheidungen können getroffen und auch bereits gefällte Entscheidungen hinterfragt werden, um mögliche Alternativen zu finden. Durch die Diskussion, die Prüfung und die Analyse des Problems, können evtl. verborgene, tiefer liegende Probleme erkannt werden.



Die interprofessionelle Fallarbeit ist wichtig. Sie veranschaulicht die Betrachtung der Problemsituation aus verschiedenen Blickwinkeln:

- Handlungspotentiale der jeweils anderen Berufsgruppe erkennen
- Problemlösungen mit konkreten Umsetzungsmöglichkeiten erarbeiten
- Sicherstellen einer qualitativ besseren Patientenversorgung
- Vermeidung von Fehlern, Missverständnissen
- Verbesserungen initiieren (Kommunikation/Arbeitsklima/Patientenversorgung)
- Oder sich auch mal selbst infrage zu stellen: Ist das, was wir machen, sinnvoll?“ (Pothmann & Wilk 2009, S. 60)



Drei Merkmale, die eine Fallarbeit erforderlich machen:

1. „eine Situation, der eine Bedeutung zugeschrieben wird“ (Schrems, 2013, S. 13) liegt vor; z.B. durch jene, die sich von dem Verhalten anderer gestört fühlen (Mitbewohner_innen, Angehörige, Mitarbeiter_innen)

2. „eine Situation, in der durch das Zusammenwirken von mehreren Faktoren Erklärungsbedarf besteht oder die nicht eindeutig ist, [...] oder unterschiedliche Interpretationen zulässt, [...]“ (ebenda)

3. „eine Situation, die beschreibbar ist [...]“ (ebenda) um sie in einer Fallbesprechung einer Lösung zuführen zu können, eine Situation muss beschrieben bzw. dargestellt werden können.“ (ebenda)

Eine allgemein gültige Definition für Fallbesprechungen gibt es nicht, nach Schrems (2013) handelt es sich bei



Fallbesprechungen um eine „[...] Form der Fallarbeit, die die Interpretation einer [...] Situation mehrerer handelnder Personen zum Ausgangspunkt hat.“ (Schrems, 2013, S. 71)

In der folgenden Tabelle werden diverse Formen der Fallbesprechung vorgestellt. Daraus wird ersichtlich, der Aufwand steht sehr eng mit den Zielen in Zusammenhang. Portmann & Wilk (2009) sprechen von einer Kosten-Nutzen-Klärung. Die investierte Zeit von mehreren Kolleg_innen muss sich auch lohnen.

Bei der interprofessionellen Teamarbeit ist die Fallbesprechung nur ein Teil. Eine Fallbesprechung kann teamintern oder einrichtungsübergreifend erfolgen. Idealerweise bereitet die Bezugsperson alle vorliegenden Informationen auf, fragt bei Klient_innen und Angehörigen bei Bedarf nach. Fallbesprechungen können regelmäßig oder aus aktuellem Anlass heraus erfolgen.

9.3 Prägnant in der Fallbesprechung kommunizieren

Ein Kommunikationsmodell für Pflegekräfte SBAR (S = Situation; B = Background; A = Assessment; R = Recommendation) von Dingley et al. 2008, ermöglicht einen sehr komprimierten Vorgang im interprofessionellen Austausch die Information zu vermitteln.

Tabelle 5: Kommunikationsmodell SBAR (Dingley et al. 2008, o. S.)



S	= Situation beschreiben: Die Beschreibung sollte prägnant die aktuelle Situation darstellen, einen klaren Überblick geben, das Ganze mit sachlichen Worten erläutern.
B	= Background, Hintergrundinformationen: Kurzfassung der notwendigen Daten der Klient_innengeschichte.

A	= Assessment, Einschätzung der Lage: Zusammenfassung der Fakten und Einschätzung der Situation. Was ist zu tun? Urteile sollen so gut wie möglich gefällt werden.
R	= Recommendation, Empfehlung: Was ist aus der Situation heraus zu empfehlen? Was muss unbedingt passieren?

Ein Beispiel finden Sie im Anhang von der DGA Info „Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase“ von Dossow et al. 2016.



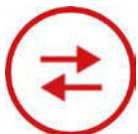
e-tivity 6: Fallbesprechung

Schritt 1: Vollziehen Sie eine strukturierte Übergabe nach dem SBAR-Konzept nach.

Schritt 2: Wählen Sie einen eigenen Fall aus der Praxis und prüfen Sie diesen hinsichtlich der diversen Perspektiven und hinsichtlich der Komplexität.

Schritt 3: Sprechen Sie als Podcast eine kurze Fallübergabe ohne Vorinformationen über eine/n Klient_in Ihrer Wahl für eine/n Kolleg_in ein. Laden Sie diesen ins Forum auf die Lernplattform und in Ihr E-Portfolio.

Schritt 4: Kommentieren Sie jeweils einen Podcast einer Studierenden, möglichst aus einer anderen Berufsgruppe.



9.4 Komplexität von Fallbesprechungen

Vielleicht sind Sie auch schon einmal so genervt aus einer gemeinsamen Fallbesprechung gekommen wie Jessica und Lizzie, die Sie zu Beginn des Moduls kennengelernt haben. Es gibt bestimmt viele Gründe dafür, die auch bereits in den vorherigen Einheiten erläutert wurden oder auch noch in den folgenden thematisiert werden.

Hier nur einige Gründe: Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist im gesamten Gesundheitssystem noch nicht ausreichend implementiert und muss

schon früh in der Ausbildung gelernt werden. Ferner wirken sich die organisationalen Rahmenbedingungen, beispielsweise wie Teams informiert, trainiert und belohnt werden, auf die Zusammenarbeit im Team aus. Sehr komplex ist die Gruppendynamik in einem Team und oft gibt es innere und äußere Störfaktoren, wie z.B. gewachsene Erwartungen der Klient_innen, fehlende Strukturen und zu wenig Zeit.

Warum sind Fallbesprechungen oft so unergiebig? Dies liegt u.a. daran, dass ein verhandelter Fall sehr komplex ist und die Ebenen in der Besprechung häufig gewechselt werden. Ein großes Problem besteht auch darin, dass 10 von 18 Teams ihre Fälle unstrukturiert beraten (Pothmann & Wilk 2009). Da Fälle viele widerstreitende Anforderungen haben und einen Umgang mit Ungewissheit und Komplexität erfordern, kann es zu einer nicht zielführenden Kommunikation kommen. Es müssen wie in Abbildung 8. mehrere Perspektiven des Falls berücksichtigt werden und auch die Dringlichkeit des Falls daraus abgeleitet werden (Schrapper et al. 2004).

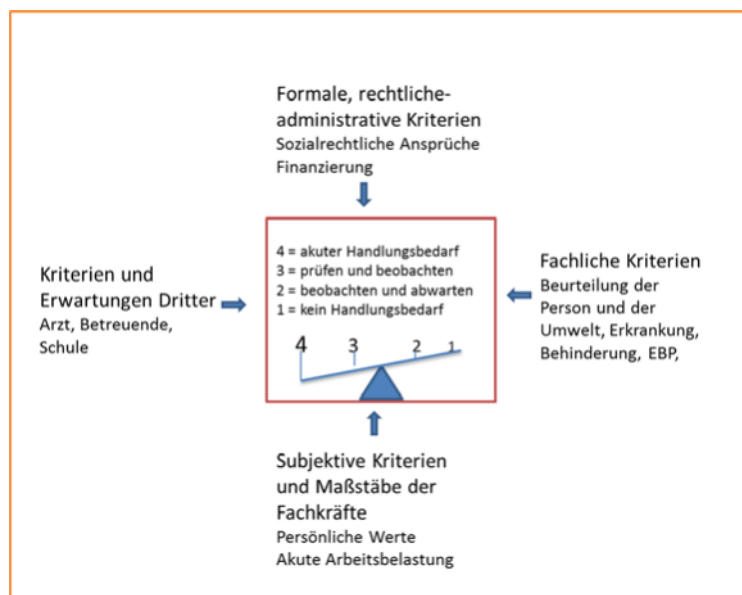


Abbildung 7: Fallarbeit als Balance widerstreitender Anforderungen (Universität Koblenz-Landau o. D., S.5)

In der Fallarbeit werden Hypothesen (Vorannahmen) über einen konkreten Fall (Klient_in) entwickelt.



Hypothesen sind Aussagen, deren Wahrheit noch nicht erwiesen ist, die aber vorläufig angenommen werden und sich erst noch als richtig oder falsch erweisen müssen.

Auch hier gibt es viel Ungewissheit. Zudem hängen alle einzelnen Faktoren des Behandlungsprozesses, Anamnese, Diagnostik, Intervention und Evaluation so eng zusammen, dass es in Diskussionen zwangsläufig Vorwärts- und Rückwärtsbewegungen gibt (Portmann & Wilk 2009).

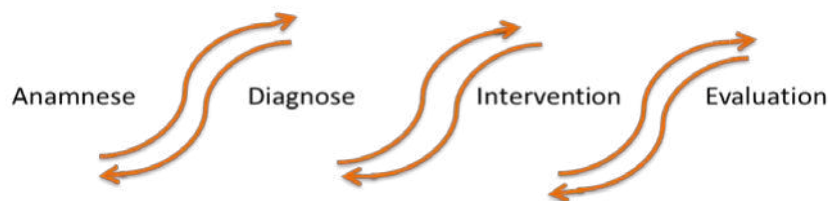


Abbildung 8: Eigene Darstellung grafisch umgesetzt nach Portmann & Wilk 2009: Fallarbeit ist nicht linear.

Außerdem haben die von Becker-Mrotzek & Brünner 2004 dargelegten Schwierigkeitsgrade kommunikativen Handelns Einfluss auf die Fallarbeit. Sie werden auf die Fallarbeit angewendet und stellen die „**Komplexitätsschrauben**“ dar. Das Betrachten herausfordernder Aspekte der Fallarbeit kann dazu dienen, die Komplexität in interprofessionellen Besprechungen zu analysieren.



Abbildung 9: „Komplexitätsschrauben“ in Fallbesprechungen (modifiziert nach Becker-Mrotzek & Brünner 2004, S.35f)

Kollegiale Unterstützung kann dafür sorgen, dass die Spannung durch die vielen Anforderungen ausgehalten und angemessen balanciert werden kann. Mindestens vier Herausforderungen müssen methodisch strukturiert werden:

- Wie kann das erforderliche „Material“ vorgestellt werden, damit darüber/darum/damit beraten werden kann?
- Wie kann der Drang zu Ratschlägen und Rechtfertigung gebändigt werden?
- Wie kann ermöglicht werden, dass mehrere tatsächlich „mehr sehen und verstehen“ als eine/r?
- Wie kann die so entfaltete Komplexität wieder handlungsorientierend reduziert werden, ohne dass „verkürzt“ wird (ebenda).

9.5 Zusammenfassung

Fallbesprechungen im Gesundheitswesen werden als Qualitätsinstrument empfohlen. Sie können in Institutionen unterschiedlich genutzt werden, haben

jedoch immer das Ziel, die Versorgung der Klient_innen zu verbessern. Fallbesprechungen werden noch wenig systematisch genutzt, oft ist dies auch schwierig, weil es durch eine ganzheitliche Betrachtungsweise viele „Komplexitätsschrauben“ gibt.

9.6 Literatur

Antoni, C. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen 104, S. 18-24.

Becker-Mrotzek, M.; Brünner, G. (2004). Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Dingley, C.; Daugherty, K.; Derrieg, M.; Persing, R. (2008). Improving Patient Safety Provider Communication Strategy Enhancement. Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>

Dossow von, V., Zwißler, B. (2016). Empfehlung: Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Da SBAR-Konzept. Anästh Intensivmed. 2016, 57, 88-90 Aktiv Druck & Verlag GmbH.

Pantucek, P. (2004). Kurzseminar Fallbesprechungen für die Jugendwohlfahrt Burgenland, 2004 Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter www.pantucek.com

Posenau, A. (2016). Klientenzentrierte und Interprofessionelle Kommunikation. Hochschule für Gesundheit, Bochum.

Jens Pothmann, J., Wilk A. (2009): Wie entscheiden Teams im ASD über Hilfebedarf? Untersuchung zur Gegenüberstellung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Fallmanagements kommunaler sozialer Dienste und sich daraus ergebende Konsequenzen für Praxisentwicklung. Abschlussbericht für die Stiftung Jugendmarke. Fakultät 12 Erziehungswissenschaft und Soziologie. Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/Technische Universität Dortmund. Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Hilfen_zur_Erziehung/Abschlussbericht_Teamentscheidung_im_ASD.pdf

Universität Koblenz-Landau (o. D.): Vom Falleingang bis zur Kollegialen Beratung – Grundsätze und Arbeitshilfen. Bundesmodellprojekt „Hilfeplanung als Kontraktmanagement?“ Modellstandort Düsseldorf.

Schrappner, Christian & Thiesmeier, Monika (2004). Wie in Gruppen Fälle gut verstanden werden können. Teamorientierte Diagnose- und Beratungsprozesse am Beispiel sozial-pädagogischer Fallarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Velmerig, C. O., Schattenhofer, K., Schrappner, Ch. (Hrsg.): Teamarbeit. Weinheim und München, S. 118-132.

Schrems, B. (2013). Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: Falcultas Verlag.

10. Organisation und Durchführung von Fallbesprechungen



Im Begriff "Organisation" steckt die griechische Wurzel "organon", was so viel bedeutet wie "Hilfsmittel, Werkzeug". Das mag daran erinnern, was Organisation sein soll: Sie soll nicht im Mittelpunkt stehen, sondern Werkzeug sein, Hilfsmittel, um Arbeiten, Probleme, Aufgabenstellungen leichter, schneller und effizienter lösen zu können. Eine Fallbesprechung gut organisieren zu können, ist Ziel dieser Einheit.

10.1 Ziele und Inhalte

Ziel:

Die Studierenden:

- analysieren, verbessern und planen eine Fallbesprechung und führen sie durch.

Studieninhalt:

- Besprechungskultur und Struktur

10.2 Struktur der Fallbesprechung

*„Wenn über das Grundsätzliche keine Einigkeit besteht,
ist es sinnlos miteinander Pläne zu schmieden“*
(Konfuzius)

In der Zusammenarbeit führen Kommunikationsmängel und unbefriedigende Arbeitsabläufe zu interprofessionellen Konflikten. Bei der Suche nach Lösungsansätzen für die Organisation und die Durchführung werden

- a) institutionalisierte Formen der Kommunikation und
 - b) Schaffung von Gelegenheiten zur direkten Absprache als wichtig erachtet.
- Standards, Leitlinien bzw. Behandlungspfade haben sich bewährt, um diagnose- oder aufgabenbezogene Abstimmungsprozesse zu formalisieren und zu erleichtern (Bezüge finden Sie in den Modulen B2-B4). Dieses Potential wird allerdings nur wirksam, wenn diese Instrumente nicht nur formal als implementiert gelten, sondern auch wie geplant umgesetzt werden (Stemmer & Böhme 2008).

Ausgangslage:

Regelmäßige, gemeinsam durchgeführte Besprechungen und Visiten ermöglichen eine enge klient_innenbezogene Abstimmung. Dieses Vorgehen, so das Ergebnis eines Cochrane-Reviews, führt zu einer Verbesserung der Prozessverläufe, einer Erhöhung der Mitarbeiter_innenzufriedenheit und ebenfalls zu moderaten positiven Auswirkungen auf Verweildauer und Kosten (Zwarenstein & Bryant 2000).



Zur Vertiefung kann optional eine der wichtigsten und häufig zitierten Arbeiten zur Thematik der interprofessionellen Zusammenarbeit gelesen werden. Die Studie finden Sie auf der Lernplattform: Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review)



Vielleicht möchten Sie lieber die zwei praxisnahen Artikel über eine gemeinsame Fallarbeit lesen:

1. „Raus aus der Einsamkeit. Ein Fall für Fünf: Morbus Parkinson“ (Doual et al. 2013) oder 2. „Zwölf Wochen ‚Washington‘. Ein Fall für Vier: Beugesehnenverletzung“ (Corsten et al. 2014).

Zu 1. Rosa Kurz hat Morbus Parkinson. Die 57-Jährige zieht sich mehr und mehr zurück und wird durch ein interprofessionelles Team aus Logopädin, Ergotherapeutin, Orthoptistin, Physiotherapeutin und einem Psychotherapeuten betreut. Die fünf Therapeut_innen widmen sich dem fiktiven Fall und gewahren Einblicke in ihre Arbeit

Zu 2. Herr Tamm 55 Jahre alt, hat sich beim Heckeschneiden die Beugesehne des kleinen Fingers durchtrennt. Nachdem der Chirurg die Sehne wieder genäht hat, lernt der Kraftfahrer von Pflege, Ergo- und Physiotherapie, wie er die Heilung der Naht in den folgenden Wochen fördern kann, ohne sie zu sehr zu strapazieren.



Das Thema „Gute Absprachen im Team treffen“ ist nicht neu: Schon von 1999 bis 2002 lief ein gemeinsames Modellprojekt der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerats: „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“, kurz InterKIK, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Ziel des Projekts war die Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzt_innen, Pflegenden und Klient_innen – vor allem an den zentralen Schnittstellen wie Aufnahme, Visite und Entlassung – zu verbessern. Anhand von Beobachtungen sowie der Analyse der Klient_innendokumentation und durch Auswertung von Fragebögen zur Zufriedenheit von Klient_innen und Mitarbeiter_innen wurde der Ist-Zustand der Zusammenarbeit erfasst. Auf dieser Analyse aufbauend, erstellten Ärzt_innen und Pflegende in gemeinsamen Qualitätsgruppen Methoden zur Verbesserung defizitärer Prozessabläufe (InterKIK Tool Box, Lechner 2003).

10.3 Ablauf der Fallbesprechung

Die wichtigen übergeordneten Faktoren vorweg:

Die Besprechungsstruktur, die deutlichen Rollenzuweisungen und die verbindlichen Regeln sind entscheidend.



- **Besprechungsstruktur:**

Hauptsache „Struktur“ könnte das Motto für eine Fallbesprechung sein, d.h.: Klarer Ablauf, Eröffnungsphase, Informationsphase, Bearbeitungsphase, Integrationsphase und Beendigungsphase (s. u. Handlungsschemata: Fallbesprechungen Posenau 2016)

- **Deutliche Rollen** (die Rollen werden in B 2 noch trainiert):

Gut vorbereitete Problemvorsteller_innen, engagiert beratende Kolleg_innen, strenge Moderator_innen

- **Verbindliche Regeln:**

Während der Vorstellung darf nur nachgefragt, nicht schon diskutiert werden. Zum Sammeln und Sortieren darf alles gesagt werden, nichts wird erörtert, nur die/der Problemvorsteller_in entscheidet, was sie/er mit der Beratung anfängt.

Eine Einrichtung/Abteilung/Gruppe/Person übernimmt die Initiierung und Organisation der Fallbesprechung. Alle daran Beteiligten werden informiert. Aufbau und Ablauf von Besprechungen sollten immer gleich sein, so können sich Besprechungsstrukturen am besten etablieren (Klassisches Konditionieren). Wichtig ist für eine effektive Vorbereitung eine einsehbare Agenda, zum Beispiel im Intranet, durch die sich alle auf das Thema vorbereiten können. Hier sollte auch schon das Problem des Falls kurz erläutert werden. Es muss ein Raum vorhanden sein und dieser muss allen bekanntgegeben werden. Eine Fallbesprechung soll zeitlich begrenzt sein und der Zeitrahmen ebenfalls angekündigt werden (siehe Tabelle 4 Pantucek 2004). Bei jeder Teamsitzung und Fallbesprechung gibt es Aufgaben und Rollen. Es ist günstig, wenn die Aufgaben- und Rollenteilung in der Besprechung wechseln, so weiß jede/jeder, wie schwierig es ist, das Gespräch gut zu leiten und ist auch in den anderen Positionen rücksichtsvoller. Außerdem werden Machtstrukturen etwas aufgeweicht. Meist gibt es die Aufgabe der Moderator_in und der Protokollant_in.



Die Moderator_in der Fallbesprechung sollte nicht direkt in den zu beratenden Fall involviert sein. Die Moderator_in hat die Aufgabe, sich um die Einhaltung der Themen zu kümmern, die Zeit im Blick zu haben und bei abschweifenden Diskussionen die Gruppe zurück zum Thema zu führen, Entscheidungsprozesse zu steuern und Vereinbarungen herbeizuführen.

Zudem muss die Moderator_in mit der Protokollant_in zusammenarbeiten und im wechselseitigen Kontakt klären, ob alle Protokollpunkte aufgenommen wurden. Es ist günstig, gerade bei strittigen Fragen, Protokollpunkte laut vorzulesen und zu überprüfen, ob alle Teilnehmer_innen die Verabredung so in dieser Weise verstanden haben.

Handlungsschemata: Fallbesprechungen



Abbildung 10: Handlungsschemata: Fallbesprechungen (Posenau 2016, S. 119)

Aufgabe zu Beginn des Teams (**Eröffnungsphase**) ist es, neben des Zusammenfindens (Teamkultur), die gesammelten Ideen zu ordnen und zu priorisieren sowie die Gesprächsführung auszuhandeln.



Eine Protokollant_in findet sich und erstellt über die Ergebnisse der Fallbesprechung eine Zusammenfassung. (Hinweis: Viele Dokumentationsanbieter haben Musterprotokolle im Angebot.)



In der **Informationsphase** stellt die Fallerzähler_in die Klient_in vor und fasst die wesentlichen Fakten zu ihrem Krankheitsbild und den verbliebenen Ressourcen zusammen.

Die Fallerzähler_in erklärt, warum die Klient_in das Thema dieser Fallbesprechung ist. Sie benennt die Probleme und die Handlungsbedarfe, die sich aus dem Gesundheitszustand ergeben. Es darf in dieser Phase ausdrücklich neben nachprüfbareren Fakten auch das „Bauchgefühl“ angesprochen werden. Jede aus der Teilnehmer_innengruppe kann nun Verständnisfragen stellen. Die Fallerzähler_in fragt, ob andere Teilnehmer_innen über ergänzende Informationen zum Zustand der Klient_in verfügen. Es können auch Hinweise von externen Personen einfließen, etwa von Angehörigen, die relevante Beobachtungen gemacht haben. Es werden die Eigeneinschätzung der Klient_in vortragen, soweit ihr diese bekannt sind. Eine wichtige Frage ist „Wer will was und warum und wie will sie das?“ (Posenau 2016, S.120)

In der **Bearbeitungsphase** sind die leitenden Fragen „Was tun wir?“ und „Was empfehlen wir?“ (ebenda)



Die Teilnehmer_innen diskutieren über Faktoren, die das Problem positiv oder negativ beeinflussen. Gemeinsam werden die Ziele definiert. Dabei sind insbesondere diese Kriterien relevant:

- Sind die Ziele mit realistischem Aufwand umsetzbar?
- Welche Ziele hat der/die Klient_in?
- Wird der/die Klient_in den Zielen und den Maßnahmen zur Umsetzung zustimmen?
- Welche Erwartungen hinsichtlich des Krankheitsverlaufs sind realistisch?

Die Moderator_in sammelt Lösungsvorschläge. Diese können auf einem Flipchart oder auf Pappkarten visualisiert werden. Die Teilnehmer_innen beraten darüber, welche Ideen sich umsetzen lassen und welche Einzelschritte dafür

erforderlich sind. Es sollte geprüft werden, welche anderen Funktionsbereiche (Hauswirtschaft, soziale Dienste etc.) noch eingebunden werden müssen.

Die Teilnehmer_innen achten darauf, dass sie neue Argumente bringen und nicht alte wiederholen.

Die Moderator_in sortiert mit Hilfe des Teams die Ideen nach Praxistauglichkeit. Ein weiteres Kriterium ist die Priorität. Wenn also im jeweiligen Bereich dringender Handlungsbedarf besteht, hat dieses Ziel Vorrang. Wenn unterschiedliche Auffassungen zu den Handlungsempfehlungen vorhanden sind, müssen diese erst einmal diskutiert werden (**Teamkultur**). Erst wenn das Vorgehen klar ist, können die Aufgaben verteilt werden. Um den Erfolg der Zusammenarbeit messen zu können, ist es erforderlich festzulegen, wann alle mit der Arbeit zufrieden sind und welche Kriterien der Maßstab sind auf dessen Grundlage die Qualität bewertet wird. Die Interventionsmaßnahmen werden geplant.

Fragen die zu einem produktiven Austausch beitragen sind nach Posenau (2016):

- Was ist das Ziel der Klient_in, der Mitarbeiter_in, der Institution?
- Welche Ressourcen haben wir und die Klient_in?
- Wie messen wir den Erfolg?
- Welche Evidenzen liegen dem ausgemachten Handeln zugrunde?

In der **Integrationsphase** werden noch einmal die zuvor fokussierten Handlungsempfehlungen und Aufgaben abgesichert. Folgende Fragen könnten noch einmal alle Pläne überprüfen: „Was konnte nicht geklärt werden und wozu muss die Klient_in noch befragt werden?“ (Posenau, 2016, S. 121).

Eine Zusammenfassung von der **Moderator_in**, hilft den flüchtigen Prozess der Kommunikation abzusichern und unterstützt die Protokollant_in. Der Folgetermin wird am besten gleich festgelegt.





Die **Beendigungsphase** sollte ein kleines Feedback beinhalten, wie die Zusammenarbeit geglückt ist, ob beim kommenden Treffen etwas verändert werden soll und wie die Moderator_in und Protokollant_in ihre Aufgaben erfüllen konnten. Dies dient der Besprechungskultur.



10.3.1 Exkurs: Entscheidungsprozesse in Gruppen

Ein häufiges Problem bei Team- oder Fallbesprechungen sind nicht gefallene Entscheidungen oder frustrierende Schleifen während des Entscheidungsprozesses. Gründe dafür gibt es wie immer viele, u.a. können Ziele nicht klar definiert sein, es ist keine „richtige“ Lösung in Sicht oder der Kontext ist zu komplex.

Gruppenmitglieder fungieren nicht nur als Problemlöser_innen sondern vertreten auch Individual- und Gruppeninteressen. Gruppenentscheidungen sind schwierige Prozesse, die oft zu Konflikten führen. **Systemisches Konsensieren** hilft, in Gruppen konfliktfrei nachhaltige Entscheidungen zu fällen (Paulus 2009). Dazu entwickeln die Gruppenmitglieder zuerst möglichst viele Vorschläge. Danach wird für jeden Vorschlag seine Akzeptanz durch die gesamte Gruppe gemessen. Die Vorschläge werden nach dieser Akzeptanz geordnet. Der Vorschlag mit der höchsten Akzeptanz erzeugt die geringste Unzufriedenheit in der Gruppe, er wird von allen gemeinsam am leichtesten angenommen. Dieser Vorschlag erzeugt das geringste Konfliktpotenzial und verspricht daher am ehesten eine tragfähige Lösung der anstehenden Aufgabe/des anstehenden Problems. Eine solche Entscheidungsfindung wird „konsensiert“ genannt (ebenda).

Beim traditionellen Mehrheitsprinzip erfolgt ein Abstimmen über einen Vorschlag durch Befürworter_innen, Gegner_innen und Personen, die sich einer Stimmabgabe enthalten. Die Beweggründe hierzu können mannigfaltig sein. Beim Abstimmen über mehrere Vorschläge erfolgt recht häufig eine flache Verteilung der Stimmen auf die Vorschläge und eine wirkliche Aussagekraft über die Beweggründe bei der Stimmabgabe für einzelne Vorschläge ist häufig nicht auszumachen. Das Konfliktpotential kann trotz Mehrheitsbeschluss



noch sehr hoch sein (Reybrouck 2016). Das **Konzept des erweiterten Mehrheitsprinzips, des systemischen Konsensierens**, beruht laut Paulus et al. 2009 auf der gegenteiligen Wirkung.

Anstelle von Streit und Machtkämpfen entsteht ein konstruktiver Wettbewerb um tragbare und nachhaltige Lösungen. Es enthält zwei zentrale Forderungen. Die Fragen „Wer ist für/gegen einen Vorschlag?“ wird durch die Frage „Wer hat nichts/etwas gegen den Vorschlag einzuwenden?“ ersetzt. Daraus ergibt sich ein ganz anderes Bild der Sache. Neben Befürworter_innen, Gegner_innen und Stimmenthalter_innen gibt es einen Personenkreis, die bei einem Vorschlag mehr oder weniger Einwände haben.

Beispiel:

Vier Freunde beschließen, zusammen essen gehen zu wollen und schlagen vier Restaurants vor. Wie bei Demokraten üblich, stimmen sie nach der Mehrheitswahl ab. Das Ergebnis war: eine geringe Mehrheitsentscheidung. Doch kaum ist die getroffen, sagt eine, dass das gar nicht geht mit dem Restaurant, weil sie das Essen dort nicht verträgt. Sie kennen bestimmt alle solche Situationen, nun fängt die Diskussion wieder von vorne an. Nun einigen sich alle auf ein anderes Restaurant und stellen fest, dass niemand ernsthafte Einwände dagegen hat. Die vier Freunde haben zuerst nach der Mehrheitswahl abgestimmt und kamen nur dann weiter, als sie ihre individuellen Abneigungen miteinbezogen. Durch diesen Umweg haben sie also doch einen Konsens gefunden. Bei diesem Abstimmungsverfahren ist das Einbeziehen individueller Abneigungen jedoch nur möglich, wenn die Gruppe klein ist. Bei größeren Gruppen oder mehr Wahlmöglichkeiten, wäre es zu aufwändig, sich über alle Abneigungen zu verständigen.

10.3.2 Besprechungskultur

Die Teamkultur wird insbesondere im persönlichen Umgang miteinander, in Gesprächen und bei den gemeinsamen Besprechungen gepflegt. Ansprüche an Besprechungen sind sehr vielfältig. Jede_r im Team muss inhaltlich ausreichend informiert sein und darf sich aufgrund der Informationsmenge weder überfrachtet noch ausgegrenzt fühlen. Nur wenn die Beziehungsebene



stimmt, ist ein sachlicher Austausch im Team möglich, deshalb wäre es wünschenswert, wenn ein Team seine/ihre Teamkultur pflegt. Dazu gehört, dass in jeder Teamsitzung Zeit für einen „social support“ sein sollte, z.B. um belastende Arbeitssituationen mitteilen zu können (Grossmann et al. 2015) und sich in der Interprofessionellen Teamarbeit wieder zusammenzufinden. Wenn es im Team „menschelt“, sollte die Gesprächsleitung souverän bleiben und eventuell mit allen nach einer Problemlösung suchen. Z.B. soll das Teamkonfliktthema (Zwischenthema) weiter diskutiert werden, weil es wichtig ist, verschoben werden oder ...

Bei komplexen oder schwierigen Themen ist die Beherrschung einer Moderationsmethode hilfreich. Gegebenenfalls können auch Gesprächsregeln vereinbart werden.

Wenn **Störungen** auftauchen, ist es wertvoll, die Sachebene für eine begrenzte Zeit zu verlassen und erst einmal eine Klärung herbeizuführen (siehe dazu Ruth Cohn (1995) in der Themenzentrierten Interaktion (TZI): Störungen haben Vorrang).

Durch die ständige Visualisierung des Diskussionstandes bei der Moderation, ist gesichert, dass alle auch das Gleiche verstehen und nicht wie in Abbildung 11 völlig andere Bilder im Kopf haben. Nur durch den Austausch können andere Wahrnehmungen aufgelöst werden. Meistens denken wir gar nicht daran, dass die/der Andere mit dem Wort „Schaukel“ ein anderes Verständnis verbindet.



So hat es der Sender gemeint



So hat es der Empfänger verstanden

Abbildung 11: Missverständnisse

(Quelle: <https://blogsheets.info/>)

Die immer mal wieder stattfindende Reflexion über das Team kann sehr hilfreich sein. Fragen Sie sich beispielsweise:

- Was denken die einzelnen Teammitglieder über Teamarbeit?
- Wie sehen sie ihre eigene Rolle?
- Welche Erwartungen haben sie an die anderen und an die Teamleitung?
- Was denken die einzelnen Teammitglieder über die anderen im Team?
- Welche Stärken und Fertigkeiten haben die einzelnen im Team? Wie können diese besser genutzt werden?

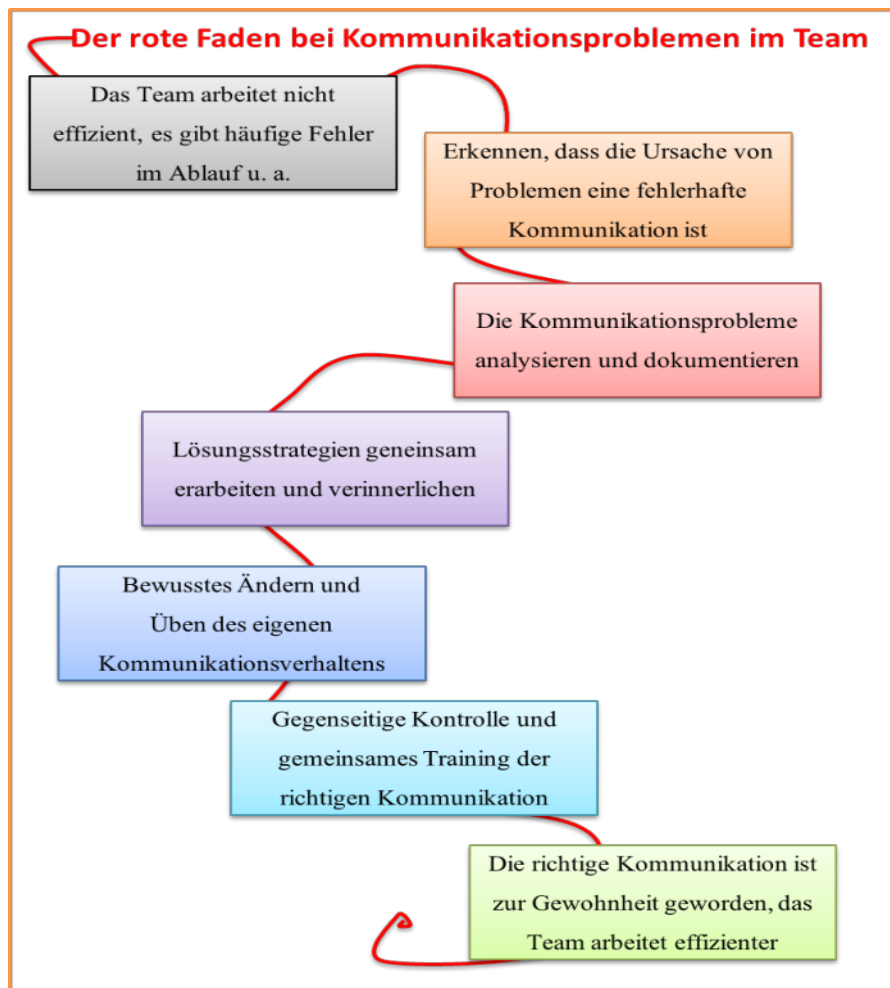


Abbildung 12: Kommunikation im Team verändern (Ludwig o. D. <https://blogsheets.info/>)



In erster Linie ist es wichtig, in der Teamarbeit überhaupt zu erkennen, dass die Ursache für Schwierigkeiten in einer verbesserungswürdigen Kommunikation und Organisation liegt. Ist dies geklärt, ist genaues Beobachten angesagt. Dabei wird nicht nur die Kommunikation der anderen aufmerksam beobachtet, sondern auch die eigene sowie der Ablauf und die Organisation der Sitzung betrachtet.



Sind die Probleme gefunden und festgehalten, geht es daran, das Vorgehen im Team bewusst zu ändern. Dies muss meisten trainiert werden und es geht häufig nicht von heute auf morgen. Jede/jeder hat ihre/seine gewohnte und eingefahrene Art zu kommunizieren, bewusstes Training kann diese Gewohnheiten auflockern und verändern.

Sind Konflikte bereits manifestiert, ist Hilfe von außen hilfreich, z.B. durch Supervision.

10.4 Zusammenfassung

Struktur (der geregelte und geplante Ablauf) und **Kultur** (die Stimmung, Wertschätzung und das sich aufeinander Einstellen) beeinflussen eine erfolgreiche, weniger erfolgreiche oder erfolglose Fallbesprechung. Posenau (2016) unterteilt das Handlungsschema der Fallbesprechung in:

1. Eröffnungsphase
2. Informationsphase
3. Bearbeitungsphase
4. Integrationsphase
5. Beendigungsphase.

10.5 Literatur

Corsten, M., Kasten, N. Weber, J., Kleebach, J. (2014). Zwölf Wochen ‚Washington‘. Ein Fall für Vier: Beugesehnenverletzung. Ergopraxis 3/14, S. 31-35.

Doual. R., Tuschkan, S., Waveren van, M. Krebber, K., Otto, J. (2013). Raus aus der Einsamkeit. Ein Fall für Fünf: Morbus Parkinson. Ergopraxis 11-12/13. S.18-23

Grossmann, R. Bauer, G., Scala, K. (2015). Einführung in die systemische Organisationsentwicklung. Auer Verlag Augsburg.

Lechner, S., Klapper, B., Schaeffer, D. (2003). InterKiK - Toolbox: Bewertung und Verbesserung professioneller Kooperation im Krankenhaus Gebundene Ausgabe –Huber, Hans, Bern.

Stemmer, R., Böhme, H. (2008). Aufgabenfelder der Pflege Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3, S. 197-215.

Paulus, G., Schrotta, S., Visotschnig, E. (2009). Systemisches Konsensieren. Der Schlüssel zum gemeinsamen Erfolg. Danke Verlag, Holzkirchen, Oberbayern.

Pantucek, P. (2004). Kurzseminar Fallbesprechungen für die Jugendwohlfahrt Burgenland, 2004 Zugriff am 16.01. 2018. Verfügbar unter www.pantucek.com

Posenau, A. (2016). Klientenzentrierte und Interprofessionelle Kommunikation. Hochschule für Gesundheit, Bochum.

Reybrouck van, D. (2016). Gegen Wahlen: Warum Abstimmen nicht demokratisch ist Wallstein, Göttingen.

Zwarenstein, M., Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Database.Syst.Rev., CD000072.

Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review) This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2009, Issue 4.

11. Einführung der Heuristischen Fallmatrix

Die Betrachtung der unterschiedlich anspruchsvollen Zielsetzungen von Fallarbeit wie Wissensgenerierung, Theorieanwendung, der Perspektivenvielfalt und Entscheidungsfindung macht deutlich, dass die Bearbeitung eines Falles komplex ist. Bei der Methode der heuristischen Fallmatrix entscheiden sich die Fallbesprecher_innen bei jedem Schritt des Behandlungsprozesses für ein

gemeinsam abgestimmtes Vorgehen. (Heuristik = die Kunst, neue Erkenntnisse zu finden/ zu entdecken und Matrix = in senkrechten und waagerechten Reihen angeordnetes Schema von Elementen).

11.1 Ziele und Inhalte

Ziel:

Die Studierenden:

nähern sich anhand der Heuristischen Fallmatrix intersubjektiv an und handeln einen gemeinsamen Behandlungsprozess aus.

Studieninhalt:

Die heuristische Fallmatrix kennenlernen und anwenden.

11.2 Heuristische Fallmatrix

Anhand von Qualitätskriterien entwickelte Sieger (Sieger et al. 2010) ein didaktisches Instrument für die Bildungspraxis in Form einer Heuristischen Fallmatrix. Durch das Schema erhält die interprofessionelle Zusammenarbeit bezogen auf die Fallarbeit ein inhaltliches Gesicht (ebenda), es werden strukturiert unterschiedliche Perspektiven erfasst. Da ein gleiches Verständnis von Begriffen nicht selbstverständlich ist, geht es zunächst um die Klärung dessen, was der andere genau meint. Am Anfang eines solchen Verständigungsprozesses steht *„eine Differenzerfahrung zwischen Eigenem und Anderem: Was als etwas Fremdes, Auffälliges, die Aufmerksamkeit auf sich zieht, was sich der Einordnung in vertraute Denk- und Erklärungsversuche widersetzt, wird fragwürdig. Es wird zum ‚Fall‘. Dieser ‚Fall‘ wirft Fragen auf, er stört die Routine alltäglicher Abläufe, er löst Befremden und Erstaunen aus, verursacht Zweifel und veranlasst zu Nachforschungen.“* (Steiner, 2014, S. 245)

In der interprofessionellen Arbeit ist bei der Fallarbeit das Verstehen des Falls (siehe die letzten beiden Kapitel) und das Verstehen der anderen Professionen die doppelte Herausforderung.



Die **Heuristische Fallmatrix** ist ein Kategoriensatz, mit dessen Hilfe Ziele und Inhalte aus der Sicht verschiedener Gesundheitsberufe bestimmt, legitimiert und evaluiert werden können.

Die wesentlichen Elemente des Falls werden in den für alle Berufe gleich ablaufenden Handlungsprozess eingeordnet. Schnittstellen im Behandlungsprozess werden deutlich und müssen ausgehandelt werden.

In der **vertikalen Ebene der Matrix** werden die für alle Gesundheitsberufe gleich ablaufenden Prozessschritte aufgeführt: Einschätzen der aktuellen Situation, Aushandeln der Ziele, abgestimmtes Handeln und Evaluation.

Auf der **horizontalen Ebene** benennen alle Akteure die Elemente, die das Prozessgeschehen beeinflussen: die Klient_in, die Interaktion zwischen Klient_in und den Professionellen der Gesundheitsberufe (Health-Professionals) sowie den interprofessionellen Dialog. Die institutionellen und gesellschaftlichen sowie die ökonomischen und gesundheitspolitischen Bedingungen, die auf den Fall Einfluss haben können, werden in Bezug auf den Handlungsprozess herausgefiltert.

In der Tabelle 6 erleichtern Ihnen Stichpunkte das Arbeiten, verstehen Sie diese als Vorschläge.

Tabelle 6: Heuristische Fallmatrix mit Themen (beispielhaft gefüllt) (modifiziert nach Sieger et al. 2010)

Konstitutive Elemente des Handlungsprozesses	Individuum	Interaktion	Institution und gesellschaftliche Bedingungen	
	Klient_innen	Klient – Health Professionals	Interdisziplinärer Dialog	Ökonomische u. gesundheitspolitische Bedingungen
		A	B	C
				D

Einschätzung der aktuellen Situation	Erleben, Leidenserfahrungen, Beschwerden, Biographie, Gewohnheiten, Zukunftsvorstellungen, Bewältigungsmöglichkeiten, Lebensweltbezug	Anamnese, Assessment, Befund, Diagnose, Prognose, Wahrnehmungen, Deutung, Problemstellungen, Unterstützung zur Exploration und Vertiefung, Auftragsannahme, Informieren. Empathie, Beziehung aufbauen, vertrauensvolle Atmosphäre herstellen	in Kontakt kommen, sich artikulieren, offenlegen, Transparenz, sich austauschen, Fachsprache übersetzen, Teamfähigkeit zeigen, Offenheit einbringen, Bereitschaft signalisieren sich einigen, bewerten, priorisieren	(Berufs-) Gesetze und Verordnungen, Gesellschaftliche Normen, Ethik, Rahmenverträge Position im System, Standards, Leitlinien, Zuständigkeiten, Schnittstellenklärungen (intern und extern), QM, Kostenübernahme, Setting, Outsourcen, Beschäftigungsverhältnis, Verordnungen, Zeitfaktor, materielle und personelle Ressourcen, Schweigepflicht
Aushandeln der Ziele	Bedürfnisse, Wünsche, Ressourcen, Erfahrungen, Verletzungen, Einstellungen, Werte, Wissen, Erwartungen, Ziele, Grenzen, Tabus, Widerstände	Individuelles Fallverstehen, Expertenwissen von Klient und Health Professional, Alternativen abwägen, Kompromisse bewerten, Konsens finden, Entscheidungen treffen	Bedarf aushandeln, Entscheidungen mittragen und legitimieren, Schnittstellenproblematik, Teamarbeit vs. Konkurrenz	
Abgestimmtes Handeln	Eigener Beitrag, Eigenwahrnehmung, Einschätzung der Intervention, Integration in das Leben, Patientenarbeit: Anpassen, Abwandeln, Adaptieren, Improvisieren, Vermeiden	Konkrete Handlungen, stetige Abstimmung, Erklären, Motivation, Reflexion, Interesse zeigen, Konsequenz, Methoden anpassen	Kooperation – Abgrenzung, Abstimmung, Priorisierung, Entwicklung von interdisziplinären Handlungskonzepten	
Evaluation	Erfahrung, Einstellungen, Werte, Wissen, Erwartungen, Ziele, Grenzen, Tabus, eigener Beitrag, Integration in das Leben, den Alltag	Hinsichtlich disziplinär ausgehandelter Ziele und abgestimmtem Handeln	Hinsichtlich interdisziplinär ausgehandelter Ziele und abgestimmtem Handeln	

e-tivity 7: Heuristische Fallmatrix

Erarbeiten Sie den Fall von Frau Ochtrop, 80 Jahre alt, anhand der heuristischen Fallmatrix (Fall aus Hergesell 2005). Frau Ochtrop hat aufgrund einer



Stenose vor drei Monaten in einem anderen Krankenhaus einen Aortenklappenersatz erhalten. Aufgrund der Komplikationen während der OP musste sie auf der Intensivstation längere Zeit beatmet werden.

Schritt 1: Schauen Sie den Film (Dauer ca. 20 Min.).

Schritt 2: Reflektieren Sie für sich aus Ihrer eigenen beruflichen Perspektive:

- Wie schätzt die Klientin die aktuelle Situation ein?
- Welche Probleme und Ressourcen sieht die Klientin?
- Was sind ihre Wünsche und Bedürfnisse?
- Hat die Klientin bestimmte Erwartungen und Ziele?
- Wie sehen Anamnese und Befund aus?
- Welche Assessments würden Sie nutzen?
- Wie deuten Sie die Probleme der Klientin?
- Welche Ziele und Behandlungsansätze haben Sie?

Füllen Sie entsprechend Ihre Fallmatrix außer der Spalte C aus.

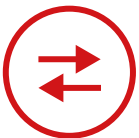
Schritt 3:

3a) Legen Sie eine_n Moderator_in und einen Zeitwächter_in fest. Diskutieren Sie anschließend in Ihrer interprofessionellen Gruppe folgende Fragen:

- Wie erreichen Sie eine sinnvolle Abstimmung bei Anamnese und Befund?
- Wer macht was bei Anamnese und bei der Befundung?
- Wie handeln Sie den pflegerischen/therapeutischen Bedarf der Klientin bedürfnisgerecht aus?

3b) Formulieren Sie in Ihrer Gruppe gemeinsame Ziele für die Behandlung der Klientin und planen Sie gemeinsame Maßnahmen.

3c) Klären Sie folgende Fragen:



- Welche Aufgaben folgen daraus für jede Berufsgruppe?
- Wo kommt es zu Überschneidungen, Schnittstellen oder Versorgungslücken in den Befunden und Aufgabenbereichen?
- Wie sollen der Umfang und Art der Therapie letztendlich für die Klientin festgelegt werden?
- Überlegen Sie sich hypothetisch: was denken Sie, wird die Klientin dazu sagen?

3d) Füllen Sie als Endprodukt die Heuristische Fallmatrix aus und stellen Sie diese auf die Lernplattform und laden Sie sie zusätzlich ins E-Portfolio hoch. In der Webkonferenz werden Sie die Ergebnisse vergleichen und diskutieren. Auch die Methode wird evaluiert.



11.3 Zusammenfassung

Optionale Selbstlernaktivität: Reflektieren Sie Ihren Erkenntnisgewinn und halten Sie relevante Punkte z. B. in Form einer Mind-Map, Bild etc. fest.

11.4 Literatur

Hauenschild, K., Schmidt-Thieme, B. (Hrsg.) (2014). Was der Fall ist. Beiträge zur Fallarbeit in Bildungsforschung, Lehramtsstudium, Beruf und Ausbildung. Wiesbaden Springer 240-255.

Hergesell, S. (2005). Fallbeispiele in der Pflegeausbildung. Praxisorientierte Unterrichtsgestaltung mit Filmen Elsevier, München DVD

Sieger, M., Ertl-Schuck, R., Bögermann-Großheim, B. (2010). Interprofessionelles lernen als Voraussetzung für interprofessionelles handeln –am Beispiel eines interprofessionell angelegtem Bildung- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. In: Pflege & Gesellschaft 15Jg. H.S. S. 197-216

Steiner, E. (2014). Fallarbeit als Initiation in wissenschaftliches Arbeiten und als Einführung in eine theoriegestützte reflexive Praxis. In: Pieper I., Frei P., Hauenschild K., Schmidt-Thieme B. (eds) Was der Fall ist. Springer VS, Wiesbaden.

12. Supervision und kollegiale Beratung

Für die Gesundheitsberufe werden vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten, meist mit dem Schwerpunkt sich fachlich weiter zu entwickeln. Nicht zu vernachlässigen sind übergeordnete Themen wie beispielsweise Reflexion als einen wesentlichen Bestandteil professionellen Handelns.



„Reflexion bedeutet, das eigene Verhalten und die eigenen Deutungen von einem anderen Standpunkt aus zu betrachten und kritisch hinterfragen zu können.“ (Tietze 2008, S.21f)

Einzelpersonen, Gruppen, Teams und Peers aller Hierarchiestufen, die ihr berufliches Handeln reflektieren wollen, können sowohl an einer externen Supervision als auch an einer internen, d.h. kollegiale Supervision/Beratung (Intervision) teilnehmen. Beide Beratungsformen, die Supervision und die kollegiale Beratung, werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

12.1 Ziele und Inhalte

Ziel:

Die Studierenden:

grenzen Supervision und kollegiale Beratung voneinander ab und wenden sie in Ihren Studien- und Arbeitskontext an.

Studieninhalt:

Supervision und kollegiale Beratung als zwei Formen der Unterstützung mono- und interprofessioneller Arbeit.

12.2 Supervision

Der Begriff Supervision (wörtlich übersetzt: „von oben betrachten“) wird im angelsächsischen Sprachraum häufig für eine Kontrollfunktion verwendet und ist mit dem hier gemeinten, üblichen Begriff nicht identisch (Belardi 2002).



Die **Supervision** ist eine fachliche Beratung und Begleitung, die sich mit konkreten Fragestellungen aus dem Berufsalltag befasst.



Ziel der Supervision ist die Verbesserung der Arbeitssituation, der Arbeitsatmosphäre, der Arbeitsorganisation und die persönliche Entwicklung des Supervisanden.

Supervision hat darüber hinaus präventiven Charakter und schützt vor Überforderung, destruktivem Konfliktverhalten und dem „blinden Fleck“ (Johari-Fenster, Luft & Ingham 1955) im eigenen System. Sie hilft, zu den Abläufen und der Dynamik von Gruppen Distanz zu bekommen.

Supervision ist mit einem erheblichen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, deshalb sollte sie nur aufgesucht werden, wenn:

- Probleme in der Arbeit mit der Klient_in entstehen,
- trotz guter Kompetenz Unsicherheiten in der Arbeit auftauchen,
- Unklarheiten im Rollenverständnis vorhanden sind,
- kommunikative und fachliche Aspekte kritisch reflektiert werden sollen,
- das Gefühl der Lustlosigkeit und Erschöpfung bei der Arbeit besteht (Gefahr von Burn-out),
- die Zusammenarbeit mit Kolleg_innen nicht zufrieden stellend verläuft,
- die Arbeit in der Institution nicht zufrieden stellend ist und
- eine weitere Ausbildung der beruflichen Handlungskompetenz gewünscht ist.

12.3 Kollegiale Beratung

Eine weitere meist preisgünstigere Reflexionsform ist die kollegiale Beratung.



'Kollegial' bedeutet, zwischen den Mitgliedern bestehen keine hierarchischen Unterschiede.

Es gibt keinen Supervisor, sondern alle Beteiligten handeln aus eigener Verantwortung. Synonym wird auch der Begriff der **Intervision** verwendet, der die Nähe zum Anliegen der Supervision herausstellt.

Anders als bei der Supervision sind die Rollenverteilung und Reflektionschritte zeitlich und formal strikt gegliedert, was einen kontinuierlichen und konsequenten Verlauf des Reflexionsprozesses sicherstellt.



Abweichend von der Fallberatung müssen die Teilnehmer der kollegialen Beratung nicht unbedingt aus demselben Team, der gleichen Institution stammen.

Bei der kollegialen Beratung stehen konkrete Problemfälle aus der Praxis im Mittelpunkt. Die Zusammenarbeit im Team kann nicht geklärt werden, dafür ist meist ein unabhängiger Supervisor notwendig.

Die einzelnen Mitglieder der kollegialen Beratung schlüpfen in vorgegebene Rollen: Im Mittelpunkt steht die „**Fallerzähler_in**“, die ein zu bearbeitendes Problem einbringt. Eine „**Moderator_in**“ leitet die Diskussion und mehrere „**Berater_innen**“ analysieren das Problem und erarbeiten Lösungsvorschläge.

Sehen Sie sich die beiliegende Power Point Präsentation an. Sie finden dort noch folgende Inhalte:

- Definition und Angrenzende und teilweise überreifende Begriffe
- Ziele der kollegialen Beratung
- Stand der Forschung
- Die Rollen in der kollegialen Beratung
- Der Prozess der kollegialen Beratung
- Vorgehen bei mehreren Problemfällen
- was sonst noch zu beachten ist



Wenn Sie auf das Soundzeichen in der Präsentation klicken, hören Sie die sprachlichen Ausführungen. Sie können jede Folie noch mal einzeln anhören, so oft wie Sie möchten. Wichtig ist, dass Sie den Prozess der kollegialen Beratung verstanden haben. Auf der Lernplattform finden Sie auch noch eine Kurzzusammenfassung, die Sie bei den ersten Beratungen zur Sicherheit vor sich hinlegen können. Es dauert ein bisschen, bis man den Ablauf und die Methoden verinnerlicht hat.



e-tivity 8: Kollegiale Beratung

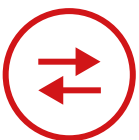
Schritt 1: Sehen Sie sich den Screencast an und lesen Sie das Beispiel zur kollegialen Beratung.

Schritt 2: Sehen Sie sich das Fallbeispiel von Hassan an.

Schritt 3: In Ihrer interprofessionellen Gruppe üben Sie nun eine kollegiale Beratung bezogen auf das Fallbeispiel von Hassan. Vielleicht haben Sie jemanden in der Gruppe, die/der schon einmal einen ähnlichen Fall erlebt hat. Diese Person würde sich besonders gut als Fallbeispieler_in eignen.

Schritt 4: Reflektieren Sie anschließend die Ausführung Ihrer Rollen sowie der Methode und halten Sie Verbesserungspotenziale für sich schriftlich fest. Stellen Sie diese in der Präsenzveranstaltung vor. (Fallbeispiel modifiziert nach Klemme et al. 2006, S. 167)

Schritt 5: Überlegen Sie sich ein eigenes Fallbeispiel aus Ihrem Berufsfeld für eine Kollegiale Beratung in der Präsenzveranstaltung (max 0,5 DinA 4 Seite).



12.4 Zusammenfassung

Oft kumulieren sich im Berufsalltag kleinere und größere Problemstellungen und führen zu ‚Teufelskreisen‘. Mitarbeiter_innen der Gesundheitsberufe kommen dann häufig an die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit (Büssing & Schmitt 1998). Sie fühlen sich physisch und psychisch erschöpft, nicht wenige „brennen aus“. Dabei sind es eigentlich nicht die körperlichen Anstrengungen, die an den Kräften zehren, sondern es ist die Tatsache, dass die Menschen aufgrund der vielen Reibereien und vergeblichen Bemühungen die Sinnhaftigkeit

ihres Handelns nicht mehr erkennen können. Diejenigen, die mit Menschen arbeiten, sind zudem mit Belastungen konfrontiert, die sich aus der intensiven und dynamischen Interaktion mit den Klient_innen und Kolleg_innen ergeben (Demerouti 1999, 2010).



Es lassen sich nach Morris & Feldmann vier Dimensionen der Emotionsarbeit benennen, die durch das hohe Aufkommen von menschlichen Kontakten in den Gesundheitsberufen relevant sind: Häufigkeit, Variabilität, Dauer und Intensität (Morris & Feldman 1996).

Supervision und kollegiale Beratung geben die Möglichkeit „wieder zu sich selbst zu finden“, negativen Emotionen und Erschöpfung Raum zu geben und in Ruhe nach Handlungsalternativen zu suchen.

Wie Alltagsbeobachtungen und Forschungsergebnisse in den letzten Jahren zeigen, haben zunehmend viele Tätige an ihrem Arbeitsplatz Anzeichen für ein Burn-out-Syndrom (ebenda).

Der Umgang mit Kolleg_innen ist nicht immer einfach. In der Zusammenarbeit mit ihnen gibt es ausreichend Anlässe für Enttäuschungen und (meist ungewollte) Verletzungen. Diese Beeinträchtigungen sind in der Regel für das Wohlbefinden viel stärker einschränkend als die Arbeit mit Klient_innen.



Supervision und kollegiale Beratung sind Beratungsformen, die die interprofessionelle Teamarbeit unterstützen können. Sie sind durch ihre theoretische Fundierung und ihre äußere Form und Struktur charakterisiert.

12.5 Literatur

Belardi, N. (2002). *Supervision: Grundlagen, Techniken, Perspektiven*. CH Beck. München.

Büssing, A. & Schmitt, S. (1998). Arbeitsbelastung als Bedingungen von emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation im Burnout Prozess. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 42, S. 16-28.

Demerouti, E., Mostert, K., Bakker A. B. (2010). Burnout and Work Engagement: A Thorough Investigation of the Independency of Both Constructs. *Journal of Occupational Health Psychology* 2010, Vol. 15, No. 3, P. 209–222.

Demerouti, E. (1999). Burnout: Eine Folge Konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten. (Burnout: A consequence of specific working conditions among human service and production tasks). Frankfurt/Main: Lang.

Klemme, B., Siegmann, G. (2006). *Clinical Reasoning. Therapeutische Denkprozesse Lernen*. Stuttgart

Luft, J., Ingham, H. (1955). The Johari Window, a graphic model for interpersonal relations. Western Training Laboratory in Group Development, August 1955; University of California at Los Angeles, Extension Office.

Morris, J.A., Feldman D.C. (1996). "The Dimensions, Antecedents, and Consequences of Emotional Labor", *Academy of Management Review*, Vol. 21 2121.

Tietze, K. -O (2008): *Kollegiale Beratung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.



Weitere Literatur zur kollegialen Beratung ist in der Power Point Präsentation aufgeführt.

13. Prinzipien von Gruppen- und Teamarbeit



Kooperation lässt sich unterscheiden auf der individuellen, der interpersonellen und auf der strukturellen Ebene (Balz & Spieß 2009).

Am Beispiel ‚Vertrauen‘ werden die verschiedenen Ebenen erläutert. Ist Vertrauen auf der einen Seite ein Persönlichkeitsmerkmal also individuell, ist es auf der anderen Seite eine Erscheinung der zwischenmenschlichen Interaktion. Vertrauen ist für eine Kooperationsbeziehung sehr wichtig, weil man sich auf den Partner verlassen muss. Vertrauen spielt aber auch auf der strukturellen Ebene eine Rolle, z.B. in der Netzwerkarbeit. Beispielsweise hat Vertrauen dort eine größere Bedeutung als in Organisationen (wie später noch zu sehen

ist). Der Zusammenschluss zu Netzwerken ist mit viel weniger verpflichtenden Strukturen als bei Organisationen verbunden und deshalb baut die Kooperation auf das Vertrauen der Mitglieder untereinander auf.

Ein stark ausgebauter Kontrollapparat in Organisationen kann zu Misstrauen innerhalb der Mitarbeiterschaft führen. Am Ende des Moduls haben Sie zu allen Ebenen der Kooperation viele Kenntnisse, die Sie in der Lösung interprofessioneller Probleme weiterbringen können.

In den jetzt folgenden Kapiteln steht mit der Gruppe, dem Team die interpersonelle Ebene der Zusammenarbeit im Fokus.



Miller (2004) formuliert Teamarbeit so: Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer, von der Beliebigkeit zur Verbindlichkeit, von der Belastung zur Entlastung, vom Guten zum (noch) Besseren.

Damit Teamarbeit gut und besser wird, sollten die vielen Faktoren, die eine Gruppe ausmachen, erkannt und genutzt werden. Vieles haben Sie auch bestimmt als Allgemeinbildung oder in Ihrer Ausbildung schon einmal gehört. In diesem Modul wird die interprofessionelle Zusammenarbeit wiederholt, vertieft und eingeordnet. Die in (interprofessionellen) Teams stattfindende Gruppendynamik, das Kräftespiel der Beteiligten, ist in aller Regel nicht bewusst. Verborgен bleibt zumeist die „Arbeit“ sich immer wieder in Neues einzufügen und aktiv am Erhalt dieser Gruppe mitzuwirken.

Wie ist Ihre Einstellung zu Gruppen- und Teamphänomenen? Haben Sie die Hoffnung, durch umfangreiches Wissen über Teamarbeit besser gestaltend in Teamprozesse einwirken zu können?



Hören Sie sich als Einführung den Podcast: „Gruppendynamik, ein alter Hut oder neue Praxis“ mit einer kleinen Einordnung in die Zeitgeschichte an.

13.1 Ziele und Inhalte

Ziel:

Studierende:

handeln möglichst optimal nach Prinzipien einer guten Teamarbeit für eine effektive interprofessionelle Kooperation.

Studieninhalt:

Die Prinzipien von Gruppen- und Teamarbeit

13.2 Die Gruppe

Im Laufe des Lebens verbringt man wie selbstverständlich viel Zeit als Teil von vielen verschiedenen Gruppen. Früher haben Menschen in sozialen Gruppen gelebt, in denen fast jede_r jede_n kannte (Familie, Stamm, Dorf) und die soziale Interaktion der eigentliche Kern des täglichen Lebens war. Heute haben wir andere Herausforderungen: In der Industriegesellschaft, in der wir ein hoch spezialisiertes und differenziertes Sozialleben führen, sind wir mit ständigen Veränderungen von Gruppenkonstellationen konfrontiert (Frey & Bierhoff 2011).



Warum und wie suchen wir die Anwesenheit anderer Menschen? Die Forschung fand unterschiedliche, auch widersprüchliche Erklärungen für dieses Phänomen. Eine gegenseitige körperliche Anziehung spielt laut Walster et al. (1966) eine wesentliche Rolle. Das Sprichwort „**Gleich und Gleich gesellt sich gern**“ scheint seine Berechtigung zu haben, darauf deuten Versuche hin, die ein Forscherteam um Caroline Zink vom National Institute of Mental Health in Bethesda in den USA gemacht hat und die in der Fachzeitschrift Current Biology (online) publiziert wurden (Weber 2011).

Aber auch das gegenteilige Sprichwort „**Gegensätze ziehen sich an**“ ist nicht von der Hand zu weisen (Dryer et al. 1997). So suchen Menschen oft eine sinnvolle Ergänzung für bestimmte Eigenschaften, z. B. eine ruhige Person wählt eine lebhaftere Partner_in. Gemeinsam können sie so Aufgaben gut bewältigen. Angst vor einer Selbstwertbedrohung, weil die Ablehnung durch andere befürchtet wird, bewirkt dagegen einen Wunsch des Alleinseins.



Reflexionsgedanken:

Wie ist es bei Ihnen? Arbeiten Sie im interprofessionellen Team lieber mit Mitarbeiter_innen zusammen, die Ihnen von Ihren Eigenschaften eher ähnlich oder eher verschiedenartig sind?



Der Begriff der „**Gruppe**“ entstand in Deutschland erst im 18. Jahrhundert und wurde danach recht undifferenziert für Familie, Stamm und wirtschaftliche Organisationen gebraucht (Frey & Bierhoff 2011).

Im alltäglichen Sprachgebrauch wenden wir das Wort ebenso vielfältig an. Wir sprechen von der Berufsgruppe, unserer Arbeitsgruppe oder von einer Gruppe Demonstranten.

Die Sozialpsychologie unterscheidet die sozialen Gebilde, denen der Mensch gleichzeitig angehören kann, wie folgt:

- **Statistische Gruppen** (Kategorie, wie z.B. Brillenträger, Ergotherapeut_innen)
- **Soziale Aggregate** (Menschenmengen, Masse z. B. bei einer Demonstration)
- **Soziale Gruppen** (z. B. Arbeitsgruppe) (ebenda)

Im Folgenden sind die sozialen Gruppen von Bedeutung.



Die **soziale Gruppe** bezeichnet einen Zusammenhalt von mindestens drei Personen, wenn folgende Merkmale (Scharmann 1954) erfüllt sind:

1. Kontinuität und Dauer
2. Größe und Struktur
3. Interessen und Aufgaben
4. Normen und Spontaneität
5. Identifikation und „Wir-Erlebnis“
6. Strukturierung

Die Kategorien der Gruppe werden wie folgt bestimmt:

1. Kontinuität und Dauer:

Der Bestand über einen längeren Zeitraum ist wichtig; dadurch entstehen Engagement und Identifikation. Gerade in der Zusammenarbeit ist Kontinuität elementar (ebenda).





2. Größe und Strukturmerkmale:

Die günstigste Gruppengröße, für die Arbeitsfähigkeit besteht in drei bis ca. zwölf Personen. Hat eine Gruppe mehr Mitglieder, bilden sich in der Regel Untergruppen, weil mehr als zwölf Personen für die Einzelnen nicht überschaubar sind.

Wie ist es bei Ihnen in Ihrem interprofessionellen Team? Wie groß ist Ihre Gruppe? Gibt es Untergruppen? Gerade ein interprofessionelles Team wird beispielsweise im klinischen Bereich schnell unübersichtlich groß.

Strukturmerkmale in Gruppen sind vielfältig: Alter, Geschlecht, Bildung, Fähigkeiten, Einstellungen, Motivation usw. Hinsichtlich dieser und anderer Merkmale kann eine Gruppe mehr oder weniger homogen/heterogen sein (ebenda).

3. Interessen und Aufgaben:

Die Gruppe braucht eine gemeinsame Aufgabe, sonst fällt sie wieder auseinander. Zeigt sich im Verlauf, dass unterschiedliche Ziele angestrebt werden, spaltet oder trennt sich die Gruppe (ebenda) (siehe oben: gemeinsame Aufgaben der Gesundheitsberufe schaffen auch Zusammenhalt).

4. Normen und Spontaneität:

In einer Gruppe muss es verbindliche Regeln und Normen geben, auf die sich alle verlassen können. Genauso wichtig ist die Möglichkeit zur Spontaneität (ebenda).

Wie ist das bei Ihnen im interprofessionellen Team? Gibt es mehr Normen oder mehr Spontaneität? Wie zufrieden sind Sie damit?

5. Identifikation und „Wir-Erlebnis“

Die Gruppenmitglieder identifizieren sich mit ihrer Gruppe, es ist klar „wer dazu gehört“ und es gibt eine klare Abgrenzung gegenüber Nichtmitgliedern bis hin zu Feindseligkeiten (ebenda).

6. Strukturierung

Jede Gruppe entwickelt eine innere Eigengesetzlichkeit. Durch die daraus spezifisch entwickelten Kommunikationsstrukturen, Präferenzstrukturen- wer mit wem- und Rollenstrukturen können sich die Persönlichkeiten einzelner Mitglieder überraschend entfalten oder auch unverhofft einengen (ebenda).

Können Sie sich in Ihrem interprofessionellen Team gut entfalten? Können sich die anderen Mitglieder gut entfalten?



Folgende **Gruppenarten** werden beschrieben:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. Kleingruppen | Großgruppen |
| 2. Primärgruppe | Sekundärgruppe |
| 3. Formelle Gruppe | Informelle Gruppe |
| 4. Eigengruppe | Fremdgruppe |
| 5. Gruppe zur Reifungshilfe | Sachorientierte Gruppe |

13.2.1. Kleingruppen und Großgruppen

Es ist sinnvoll, Kleingruppen von Großgruppen zu unterscheiden, auch wenn es nicht ganz eindeutig ist, wo sich die Grenze befindet. Simmel (1908) vergleicht die Frage, wie viele Menschen eine Klein- bzw. Großgruppe ausmachen damit, wie viele Weizenkörner einen ‚Haufen‘ ergeben. Wenn ein, zwei, drei oder vier Körner dazu keineswegs ausreichen, tausend jedoch auf alle Fälle. So müsste es doch zwischen diesen Zahlen eine Grenze geben, an der das Hinzufügen eines Kornes die bisherigen zu einem ‚Haufen‘ ergänzt. Was jedoch niemand entscheiden kann.



Die zunehmende Größe einer Gruppe verändert nicht nur ihre internen Strukturen und unterscheidbaren sozialen Prozesse, sondern sie hat je nach Größe inhaltlich und formal andere Probleme.

Kleingruppen nennt man Gruppen, bei denen alle Gruppenmitglieder miteinander gut kommunizieren können. Jede kann mit jeder in Kontakt treten, so dass ca. 3 bis 12 oder 15 Mitglieder als eine Kleingruppe bezeichnet werden.

Eine Studie über das Lernverhalten zeigt beispielsweise, dass die persönliche Beteiligung der einzelnen Gruppenmitglieder bei einer Lerngruppe über 15

Teilnehmer so stark zurückgeht, dass die Mitglieder sich dann genauso verhalten, als ob sie sich als Zuhörer in einer Vorlesung für 400 Personen befänden (Boocock 1966). Ein persönliches Engagement einzelner Mitglieder ist oft nicht mehr möglich, dies kann zum Rückzug der Betroffenen führen. Interprofessionelle Teams sind häufig auch sehr groß, sodass sich evtl. Mitarbeiter_innen zurückziehen.

Bei **Großgruppen** brauchen sich die Mitglieder nicht persönlich zu kennen. Als typische Beispiele für solche Gruppen gelten: Verbände, Gewerkschaften, Parteien, Kirchen usw. Solche Gruppen konstituieren sich durch abstrakte, gemeinsam geltende Vorstellungen und verbindliche Überzeugungen.

13.2.2 Primärgruppe und Sekundärgruppe

Es handelt sich um eine Einteilung, die auf den Soziologen H. Cooley 1909 zurückgeht.



Die **Primärgruppe** ist charakterisiert durch eine enge, gefühlsmäßige Bindung der Mitglieder untereinander.

Sie ist gekennzeichnet durch relativ freie Handlungsräume mit der Möglichkeit zu Spontaneität. Es sind Gruppen, denen man sich besonders nahe und verbunden fühlt (z. B. Familie, Clique).



Bei **Sekundärgruppen** handelt es sich in der Regel um Gruppen, die auf bestimmte Zeit hin zweckhaft ausgerichtet und organisiert sind (Schulen, Industriebetriebe, Vereine, politische Parteien etc.).

Die zwischenmenschlichen Kontakte sind eher unpersönlich und sachlich bestimmt (auch wenn sich informell persönliche Gruppen bilden können, siehe unten). Sie sind weniger auf der Grundlage wechselseitigen Vertrauens, als vielmehr über formale Abmachungen und rechtliche Vereinbarungen geregelt.

13.2.3 Formelle Gruppe und informelle Gruppe



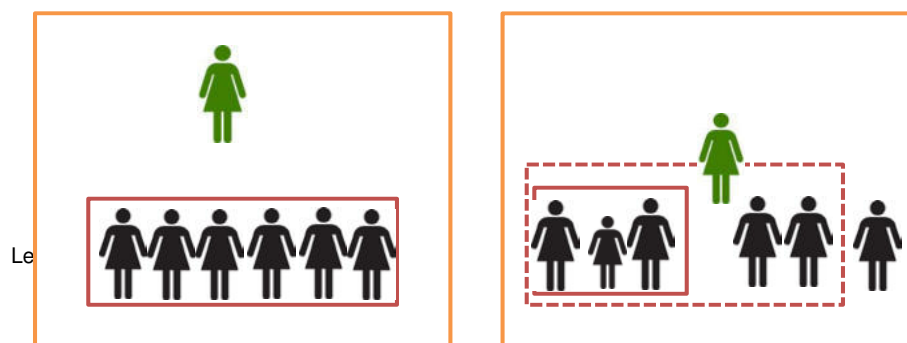
Formelle Gruppen finden sich überall dort, wo Menschen zusammengeführt werden, um planvoll bestimmte Ziele zu erreichen, also insbesondere im beruflichen Bereich.

Die Aufteilung von Arbeiten und das Zusammenwirken der zu bewältigenden Aufgaben und Rollenverteilungen sind weitgehend so vorgedacht, dass bestimmte Menschen gesucht werden, die sich in diese Handlungsabläufe optimal einfügen. Die Handlungsabläufe sind in der Regel eindeutig über entsprechende Organisationspläne, Geschäftsordnungen, Satzungen etc. festgelegt. Die einzelnen Gruppenmitglieder bringen als Individuum darüber hinaus auch nicht immer kalkulierbare Eigenschaften und Haltungen mit, wie persönliche Lebenserfahrungen und individuelle Arbeitsstile, mitmenschliche Wertungen und emotional getönte Zu- und Abneigungen, Kontaktbedürfnisse oder Distanzansprüche. So bildet sich innerhalb der formellen, organisierten Gruppe immer auch die so genannte informelle Gruppe.



Diese **informellen Gruppen** sind vergleichsweise klein und dienen primär der Befriedigung persönlicher, privater und emotionaler Bedürfnisse wie z. B. Anerkennung und Achtung, Mitsprache und Mitwissen, Geborgenheit und Freundschaft etc. Individuelle Bedürfnisse, die im Rahmen der formellen Gruppe nur ungenügend berücksichtigt werden.

Informelle Gruppen können auf der einen Seite bestehende Lücken im formalen System flexibel, situativ und unbürokratisch ausfüllen, auf der anderen Seite im ungünstigen Fall auch „Sand im Getriebe“ sein.



Formelle Struktur

Informelle Struktur

Abbildung 13: Beispiele für die formelle und die informelle Struktur eines Teams (Becker 2016, S.12)

Wie verhält es sich bei Ihnen im (interprofessionellen) Team mit den formellen und informellen Gruppen? Sind Sie damit zufrieden? Bekommen Sie die Informationen aus der Gruppe, von der Sie es sich wünschen würden (Teamsitzung versus Tür- und Angelgespräch)?

13.2.4 Eigengruppe und Fremdgruppe

Das unterscheidende Merkmal zwischen Eigen- und Fremdgruppe ist der Standort der Person im Verhältnis zur Gruppe.



Die Gruppe, der man zugehörig ist, ist die **Eigengruppe**. Sie gibt den Mitgliedern das Gefühl der Geborgenheit und ihre Werte und Normen dienen als Orientierungsrahmen für deren Verhalten.

Ein Gefühl hoher Selbstachtung wird nicht nur durch die Einschätzung individueller Leistungen, Eigenschaften und Standards bestimmt, sondern auch durch die Zugehörigkeit zu einer positiv eingeschätzten, in Abgrenzungen zur anderen negativ bewerteten Gruppe beurteilt. Der Begriff der sozialen (oder auch kollektiven) Identifikation bezieht sich auf die psychologische Beziehung zwischen Selbst und Gruppe.

Soziale Identifikation wird als ein Konstrukt aufgefasst, das aus mehreren Komponenten besteht. Diese Komponenten zeigen den Stellenwert auf, den die Gruppenmitgliedschaft für die Selbstdefinition einer Person hat und wie viel eine Person emotional in ihre Gruppenmitgliedschaft investiert (Leach et al., 2008).

Wichtiger Einflussfaktor auf die psychologische Beziehung zwischen Individuum und Gruppe ist, ob die Gruppenzugehörigkeit selbst gewählt worden ist oder ob sie vorgegeben ist (z.B. die Zugehörigkeit zu einer sozialen Kategorie basierend auf dem Geschlecht, der Ethnie oder der sexuellen Orientierung).

Tabelle 7: Modell der Identifikation mit der Eigengruppe modifiziert nach Leach et al. (2008) in Jonas et al. (2014) S. 520

Ich habe viel mit der Eigengruppe gemeinsam.	Individuelle Selbst-typisierung	Selbstdefini-tion
Ich ähnele dem Durchschnitt der Gruppenmitglieder.		
Die Eigengruppe hat viele Gemeinsamkeiten.	Eigengruppen-ho-mogenität	
Die Leute in der Eigengruppe sind sich ähnlich.		
Ich bin froh ein Mitglied der Eigengruppe zu sein.	Zufriedenheit	Selbstinvesti-tion
An der Eigengruppe gibt es viel, worauf man stolz sein kann.		
Ein Eigengruppenmitglied zu sein gibt mir ein gutes Gefühl.		
Ich spüre eine enge Verbindung mit der Eigen-gruppe.	Solidarität	
Ich empfinde Solidarität mit der Eigengruppe.		
Ich fühle mich der Eigengruppe verpflichtet.		
Ich denke oft daran, dass ich Mitglied der Eigen-gruppe bin.	Zentralität	
Ein Eigengruppenmitglied zu sein ist ein wichtiger Teil meiner Identität.		
Die Eigengruppe ist ein wichtiger Teil von mir selbst.		

Welche Sätze sind Ihnen aus dem Herzen gesprochen? Wie weit sind Sie mit der Eigengruppe identifiziert? Oder investieren Sie viel von sich in die Gruppe?



Der **Fremdgruppe** gehört man nicht an. In vielen Fällen wird sie von den Mitgliedern der Eigengruppe negativ, z. B. mit negativen Stereotypen oder Vorurteilen bewertet (z. B. Ossi-Wessi).

Begegnungen von Fremdgruppen untereinander rufen eher Gruppenreaktionen hervor, Einzelpersonen werden nicht gesehen, sie werden nur als Vertreter_innen bestimmter sozialer Gruppen wahrgenommen. Die einzelnen Mitglieder werden also nicht als Individuen, sondern als Stereotyp betrachtet. Stellen Sie sich beispielsweise eine Gruppe von Rockern vor und überlegen Sie sich, ob Sie eher die Einzelpersonen oder die Gruppe wahrnehmen werden.

Treffen zwei Fremdgruppen aufeinander, wird durch die ungenaue Wahrnehmung eine Kategorisierung geschaffen, welche die soziale Realität in abstrakter und gleichzeitig vereinfachter Form widerspiegelt.



Die Abgrenzung von der Fremdgruppe sowie die Stärkung der eigenen Identität bauen immer weiter aufeinander auf, die Stereotypen jeder Gruppe verfestigen sich. Verstärkt werden die Bilder auch durch die Häufigkeit ihrer Anwendung und Aktivierung (Frey & Bierhoff 2011).

Es ist schwer, diesem Prozess zu begegnen, da **soziale Urteilsbildung** ein vorbewusster automatischer Prozess ist, der ohne Intentionalität und Kontrolle und mit hoher Effizienz abläuft. Diesen automatischen Prozess zu „stören“, sollte jedoch Ziel jeder interprofessionellen Arbeit sein.

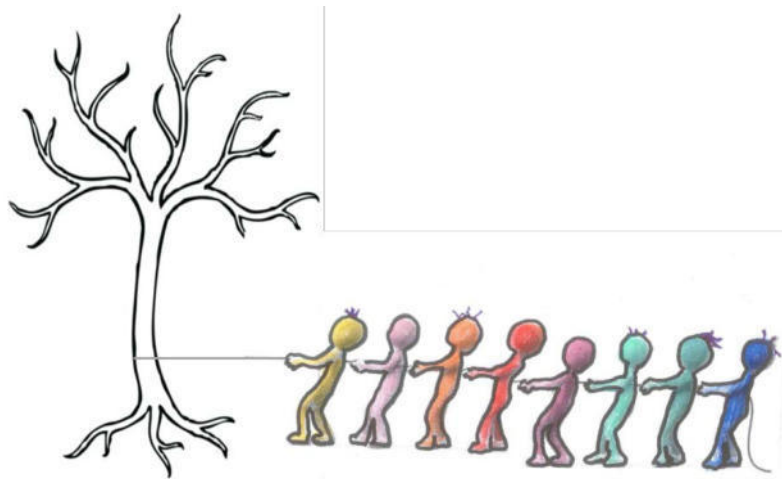
In Unternehmen wird, nicht nur bezogen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, in den letzten Jahren vermehrt über **Diversity Management**, ein Vielfaltsmanagement gesprochen. Zur Schaffung eines Klimas in Unternehmen, dass die Akzeptanz von Vielfältigkeit ermöglicht schlagen Brief & Barkly (2000) in Petersen & Six (2008, S. 315) folgendes vor:

„Die Einführung klarer Unternehmensnormen und –regeln, die beschreiben, was vorurteilsbehaftetes Verhalten beinhaltet und was nicht, um Personen mit Vorurteilen ständig auf die Illegitimität diskriminierender Verhaltensweisen aufmerksam zu machen.“

Durch das Setzen von **Fairnesszielen**, die genau festlegen, auf welche Art und Weise das faire und vorurteilsfreie Miteinander verwirklicht werden soll,

kann den automatischen Bewertungen institutionell entgegengetreten werden (Gollwitzer 1991).

Zusammen an einem Strang ziehen:



mit Zunahme von Fairness Toleranz Freundschaft

Abbildung 14: An einem Strang ziehen: Eigene Abbildung.



Ob wir Menschen in „wir“ (Eigengruppe) oder „die“ (Fremdgruppe) einteilen, beruht darauf, welche Merkmale, Kategorien wir fokussieren.

Eine **Dekategorisierung** baut nun auf diesem Gedanken auf und hat zum Ziel, die Fremdgruppenmitglieder wieder als Individuen wahrzunehmen. Erfahre ich beispielsweise, dass das Mitglied einer anderen Berufsgruppe gerade eine Weiterbildung macht, an der ich auch teilnehme, dann nehme ich dieses Mitglied nicht mehr als „die Logopädin“, also als Vertreterin der Fremdgruppe wahr, sondern als „Anne“.



Intensive persönliche Beziehungen ermöglichen die Dekategorisierung (Petersen & Six 2008).

Die **Cross-Kategorisierung** ist eine weitere Chance, Gruppenstereotype zu untergraben und baut darauf auf, dass man mehreren Kategorien angehört.

Wir sind nicht nur Mitglieder unterschiedlicher Professionen, sondern auch Frauen und Männer, Mitarbeiter_innen mit und ohne Kinder usw. So ist z.B. die Logopädin Anne auch Mutter von 2 Kindern. Durch diese Merkmale gehört sie mehreren Gruppen an, die sich überschneiden. Dadurch ist die einfache Kategorisierung nicht mehr so möglich und beide Untergruppen verlieren an Bedeutung (ebenda).

Eine weitere Möglichkeit ist die **Rekategorisierung**. Sie zielt darauf ab, das Gemeinsame zwischen Eigen- und Fremdgruppe zu betonen, so dass eine übergeordnete Kategorie wichtig wird und die Unterschiede zwischen den Gruppen kleiner werden. Die vorherige Eigengruppe wird dabei ein Teil einer neuen übergeordneten „gemeinschaftlichen Eigengruppe“, die auch die vorherige Fremdgruppe umfasst.



Zur Identifikationsbildung mit der Fremdgruppe ist es wichtig „überlappende Kategorien“ zu finden. Kategorien, die von allen Mitgliedern der Fremdgruppen als wichtig und wertvoll eingeschätzt werden (z.B. gemeinsame Ziele) (ebenda).

Die Wahrnehmung von Eigen- und Fremdgruppe ist zentral für die Kooperation. Wie verhält es sich in Ihrem Team? Welche der oben genannten Strategien könnten für ein Zusammenwachsen hilfreich sein: Das Entgegengetreten von automatischer Bewertung, die Dekategorisierung, die Cross-Kategorisierung oder die Rekategorisierung? Wie könnten Maßnahmen in Ihrem Alltag aussehen?

Natürlich können mehrere Strategien zur Auflösung von Fremdgruppen gleichzeitig verfolgt werden.

13.3 Gruppen zur Reifungshilfe und sachorientierte Gruppen



Bei der sachorientierten Gruppe stehen Thema und Aufgabe im Vordergrund, bei Gruppen zur Reifungsbildung, die Selbsterfahrung der Teilnehmer_innen und die damit verbundene Entwicklung.

Die Lernziele sind weitestgehend auf intrapsychische Erlebnisse und Veränderungsprozesse ausgerichtet.

Im Folgenden werden die sachorientierte Gruppe und das Team als Sonderform der sachorientierten Gruppe ausführlich dargestellt.

13.3.1 Teamarbeit

*„Zusammenkommen ist ein Beginn.
Zusammenbleiben ist ein Fortschritt.
Zusammenarbeiten ist ein Erfolg.“*
(Henry Ford in Erger 2017, S.5)

Umgangssprachlich werden Team und Gruppe oft mit identischer Bedeutung verwendet, indem „Team“ als englischer bzw. amerikanischer Begriff für „Gruppe“ gleichgesetzt wird. Dies gilt auch für den Gebrauch des Begriffs im soziologischen Feld. Genaugenommen bestehen zwischen Team und Gruppe weit mehr Unterschiede als rein sprachliche.

Das **Team** ist eine Sonderform der Gruppe, denn nicht jede Gruppe ist ein Team, aber jedes Team ist eine Gruppe. Der Begriff Team fasst alle arbeits- und aufgabenbezogenen Gruppen, deren Mitglieder für ein gemeinsames Ziel kooperieren müssen, zusammen (König et al. 2010). Der Anglizismus „Team“ bedeutet so viel wie Familie, Gespann, Gruppe, Nachkommenschaft, also einen Zusammenschluss von mehreren Personen, die eine Aufgabe verbindet.



„Ein Team ist eine kleine Gruppe von Personen, deren Fähigkeiten einander ergänzen und die sich für eine gemeinsame Sache, gemeinsame Leistungsziele und einen gemeinsamen Arbeitsansatz engagieren und gegenseitig zur Verantwortung ziehen“ (Katzenbach & Smith 1993, S.70).

Es gibt viele Mythen in der Teamzusammenarbeit (modifiziert nach Roberts, 2004):

- Alle Beteiligten haben dieselben Motive, dieselbe altruistische Haltung.
- Konflikte in der Zusammenarbeit müssen vermieden werden.
- Macht bzw. Machtgefälle spielen keine Rolle.
- Zusammenarbeit funktioniert nach denselben Prinzipien, die ich bereits kenne.

Wenn Mitarbeiter_innen gruppiert werden, um eine Abteilung zu formieren oder um sich einer gemeinsamen Aufgabe zu widmen, so ist dies zuerst einmal lediglich eine Gruppe von Individuen, aber noch lange kein Team. Teamarbeit ist kein automatischer Prozess. Ein Team muss sich erst entwickeln. Von daher hat die Teamentwicklung als bewusster, gesteuerter Prozess zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Teamentwicklung kann als ein Prozess beschrieben werden, der von der Gruppe hin zum Team führt.



Teamentwicklung hilft Mitarbeiter_innen Fähigkeiten zu entwickeln und motiviert zu werden, auf den einzelnen Stufen besser zu werden. Dazu gehört unter anderem, dass die Gruppenmitglieder sich kennenlernen, ihre Rolle innerhalb des Teams finden und ein Konfliktmanagement entwickeln, um gemeinsam arbeitsfähig zu werden. Führungskräfte haben großen Einfluss auf die Entwicklung von Teams. Idealerweise schaffen sie günstige Bedingungen und fördern den Entwicklungsprozess (Becker 2016).

Wenn lange Zeit der Schlüssel zum Teamerfolg über die Einordnung in Gruppen und des harmonischen Miteinanders definiert wurde, so werden heute eher die Potentiale und Ressourcen betont. Trotzdem sind gegenseitiges Vertrauen, eine gute Konfliktkultur, Verantwortung einzelner für das Ganze und ein Fokus auf die Resultate für eine gute Teamarbeit wesentlich (ebenda).

Im Kern sind Teams gezielt zusammengesetzte Gruppen mit der Absicht, eine Aufgabe zu lösen. Teams werden um diese Aufgabe herum aufgebaut.

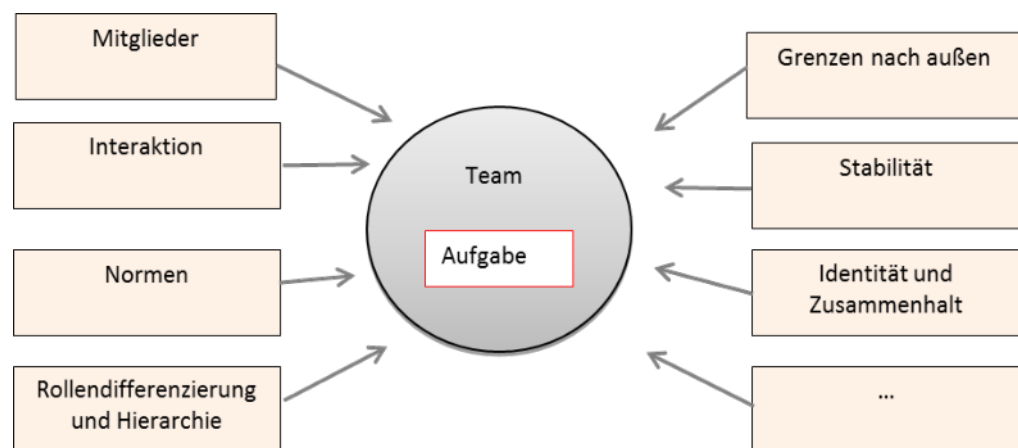


Abbildung 15: Aufbau von Teams um Aufgaben (Becker 2016, S.7)

Wie schwierig Gruppenhandeln ist, mit der Balance aller bedingenden Faktoren wie Motivation, Emotion, Kognition und dem Ziel der Aufgabenerfüllung, verdeutlicht das folgende Beispiel:



Von Cranach (1992) in Brodbeck & Guillaume (2010) beschreibt Gruppenhandeln am Beispiel einer Bootscrew, die mit ihrer Yacht eine Wende ausführt. Diese Aufgabe hat mehrere Elemente (Richtung festlegen, Schiff klarmachen, Wendemanöver durchführen) mit jeweils mehreren Teilaufgaben, die von unterschiedlichem Aufgabentyp sind (z.B. additiv, disjunktiv oder konjunktiv, diese Begriffe sind weiter unten im Text erläutert) und mit anderen Teilaufgaben mehr oder weniger stark zusammenhängen können, d.h. sie müssen in einer bestimmten zeitlichen Reihenfolge bzw. im Gleichklang durchgeführt werden. Die Crew hat einen Skipper, einen Steuermann und fünf Besatzungs-

mitglieder mit unterschiedlichen Rollen und unterschiedlichem Status. Die Arbeitsteilung ist folgendermaßen: Der Skipper entscheidet über die Richtung und den geeigneten Moment für das Manöver, der Steuermann positioniert das Schiff zu Beginn und steuert es während des Manövers so aus, dass die fünf weiteren Besatzungsmitglieder in zwei Untergruppen koordiniert agieren können. Drei Personen verlagern ihre Position und damit ihr Gewicht, zwei weitere Personen holen ein Segel ein, fahren ein anderes Segel aus etc., bis der Steuermann schließlich den gewünschten neuen Kurs einnehmen kann. Nach den jeweils zugeordneten Aufgaben richten sich das für die Aufgabenerfüllung vorauszusetzende Wissen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten der jeweils tätigen Personen. Das aufeinander abstimmen der verschiedenen Tätigkeiten wird durch die Gruppenkomposition (also der Verteilung von Wissen, Fertigkeiten, Rollen etc.) und weiteren Merkmalen der Gruppenstruktur (z.B. Normen, Kohäsion) bis zu einem gewissen Grad reguliert. Aufgrund der Offenheit der Situation während der Ausführung müssen darüber hinaus die verschiedenen Tätigkeiten immer wieder neu aufeinander abgestimmt werden. Dies geschieht durch individuelle Informationsverarbeitung und durch Informationsaustausch auf Gruppenebene. Nur wenn die einzelnen Gruppenmitglieder die ihnen zugedachten Teilhandlungen korrekt und aufeinander sinnvoll bezogen ausführen, wird durch das Wendemanöver der gewünschte Zielzustand erreicht. Reibungsverluste oder ein fehlerhaftes Manöver können dadurch bedingt sein, dass die optimale Aufgabenstruktur nicht einwandfrei auf die Gruppenstruktur projiziert wird und Aufgaben -bzw. Zielkonflikte offenbar werden, beispielsweise wenn alle fünf Besatzungsmitglieder mit der Gewichtsverlagerung beschäftigt sind und niemand das Einholen der Segel erledigt. Des Weiteren kann es zu Reibungsverlusten oder Fehlern kommen, wenn die Stimmung in der Crew schlecht ist, einzelne Gruppenmitglieder ihre Gefühle nicht unter Kontrolle haben oder Beziehungskonflikte offenbar werden (Emotionen). wenn einzelne Gruppenmitglieder lustlos oder abgelenkt sind oder sich negativer Sanktionen ausgesetzt sehen (Motivation) oder wenn relevante Sachverhalte missverständlich bzw. gar nicht kommuniziert werden (soziale Interaktion, Kognition). Schließlich führen sowohl eine erfolgreiche

Wende als auch ein teilweise oder gänzlich missglücktes Manöver zu Bewertungen seitens der Crew, was zu Veränderungen sowohl der Informationsverarbeitung und der Tätigkeitsausführung als auch der Aufgaben -und der Gruppenstruktur führen kann (Lernen).

Da das Hauptgewicht im Team auf der Zielerreichung liegt, kommt zwangsläufig der Gruppenprozess zu kurz, eben das, was für den Einzelmenschen die wichtige Gruppenerfahrung ist. Die Fokussierung auf die Zielerreichung behindert Prozesse wie beispielsweise Konflikte und andere Gruppenprobleme.

Welche Gruppenerfahrungen und Konflikte haben in Ihrem interprofessionellen Team keinen Platz?

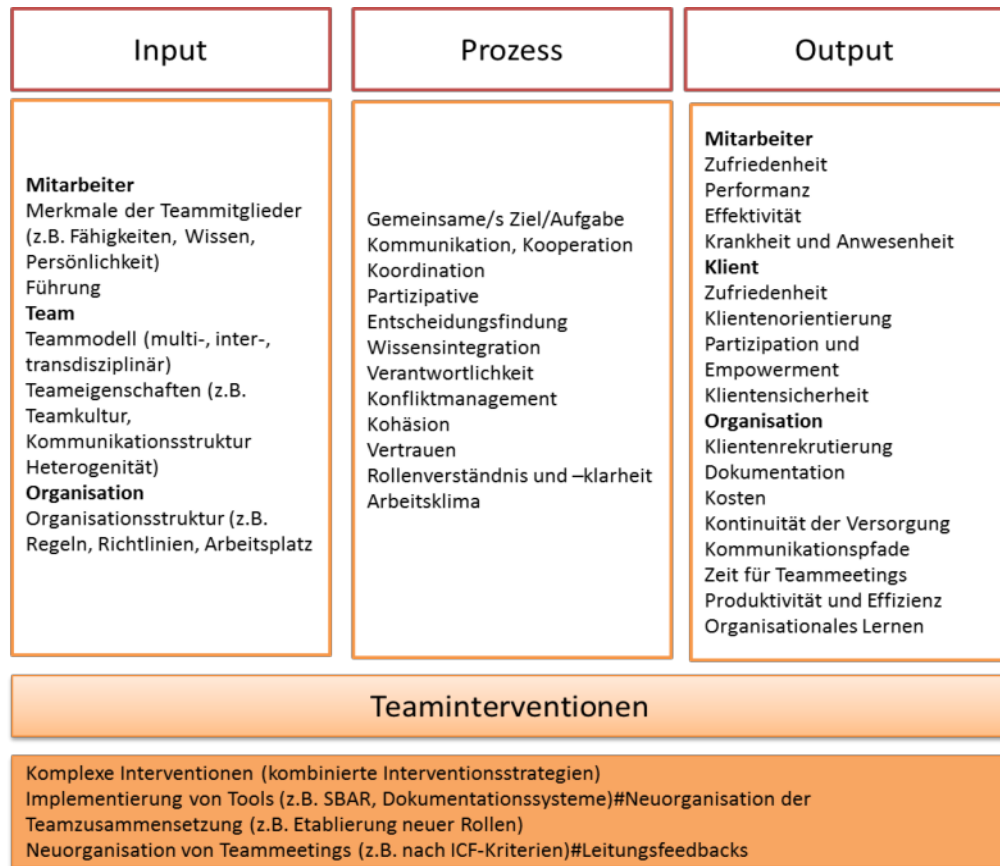
Das **Modell der Grundmotivationen** von Cornell 2006 in Erger 2017 kann angelehnt an die **Maslowsche Bedürfnishierarchie** (1943) betrachtet und auf den Arbeitskontext angewendet werden. Der Mensch hat fundamentale Bedürfnisse und will darüber hinaus auch "höhere" Bedürfnisse verwirklichen. Die Kunst in der Teamarbeit besteht darin, ausbalanciert die Grundbedürfnisse wahrzunehmen und zu beachten und die Arbeitsaufgabe nicht aus den Augen zu verlieren. Dies auszutarieren ist schwierig, wie im Bootbeispiel verdeutlicht wurde.



Abbildung 16: Modell der fünf Grundmotivationen (Cornell 2006 in Erger 2017, S. 27)

Zur Darstellung von Teamarbeit haben sich „**Input-Prozess-Output**“ Modelle (IPO) bewährt. Sie dienen der Beschreibung sowohl von einzelnen Merkmalen als auch der Abbildung von Zusammenhängen. Körner et al. 2016 sind in einer Pilotstudie der Frage nachgegangen „Welche Erfolgsfaktoren interprofessioneller Teamarbeit können aus Sicht der Führungskräfte und der Mitarbeiter für das Reha-Team identifiziert werden?“ Das Hauptziel der Arbeit bestand darin, ein theoretisch fundiertes sowie praktikables Assessment für Teamanalysen und Teamentwicklungsempfehlungen in der medizinischen Rehabilitation für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu schaffen und zu erproben. Teamarbeit wurde als stärkster Einflussfaktor auf Patientenzufriedenheit und Behandlungsakzeptanz identifiziert.

Tabelle 8: Input-Prozess-Output-Modell der Teamarbeit (modifiziert nach Körner et al. 2016 in Becker & Körner 2018 S. 277).



13.3.1.1 Individuelle Teamkompetenz

Schaut man heute in eine Stellenanzeige, so stellt man fest, dass sich alle für die künftige Arbeitnehmer_in Teamfähigkeit wünschen.



Teamfähigkeit bezeichnet eine Sozialkompetenz, sich freiwillig in die bestehende Gruppe zu integrieren, Kompromisse auszuhandeln und dadurch das komplexe Arbeitsgebiet in sinnvolle Teilaufgaben aufzugliedern (Körbitz, et al. 2001).

Einerseits ist die Bereitschaft wichtig, das eigene Mehrwissen mit anderen zu teilen und andererseits Informationen und Anregungen, sowie sachliche Kritik

aufzunehmen. Ein Team muss sich durch schwierige, mehrdeutige Situationen „durchbeißen“ und Widerstände und Rückschläge überwinden, deshalb werden Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz gebraucht.



Kanning (2009) hat die oft umfangreichen Merkmalkataloge zur **sozialen Kompetenz** auf 17 primäre Kompetenzen reduziert und diese zu vier übergeordneten Konzepten gruppiert:

- **Soziale Orientierung:** Prosozialität (positive Grundhaltung gegenüber anderen), Perspektivenübernahme, Wertepluralismus, Kompromissbereitschaft, Zuhören
- **Offensivität:** Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Extraversion, Entscheidungsfreudigkeit
- **Selbststeuerung:** Selbstkontrolle, emotionale Stabilität, Handlungsflexibilität, Internalität (begreift sich selbst als Ursache, schiebt Verantwortung nicht ab)
- **Reflexibilität:** Selbstdarstellung, direkte Selbstaufmerksamkeit (eigenes Verhalten beobachten und bewerten), indirekte Selbstaufmerksamkeit (schaut wie andere Menschen auf sein Verhalten reagieren), Personenwahrnehmung (versucht Verhalten anderer Menschen einzuschätzen)

Für die Teamarbeit wurden 2003 in der „Empfehlung 24“ des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten des Europarates folgende Kriterien benannt:

- Fachexpertise aller an der Versorgung Beteiligten
- Bewusstsein über die eigene Rolle, die damit verbundenen Möglichkeiten
- Grenzen bei sich selbst und bei den anderen Teammitgliedern
- Optimaler Informationsaustausch zwischen allen beteiligten Diensten
- »Caring for the caregivers« (Maßnahmen der Psychohygiene für alle Teammitglieder in Form von Supervision u. a.).



Für eine individuelle Weiterbeschäftigung mit dem Thema finden Sie hier umfangreiches Material, Fragebögen etc.:

<http://www.gs-eisenberg.de/uploads/media/Teamarbeit.pdf>

Wer eine praktische knappe Übersicht über Handlungsoptionen im Teamalltag haben möchte, kann den Artikel von Reuß 2012 lesen: Teamarbeit ist lernbar.

Frage: Wie ist Ihre Selbsteinschätzung? Auf einer Scala von 1-10, wie schätzen Sie Ihre Teamfähigkeit zu folgenden Variablen ein?

- Kooperationsvermögen
- Kommunikationsfähigkeit
- Konsensfähigkeit
- Kritikfähigkeit

13.3.1.2 Teamentwicklung

Anlässe für Teamentwicklung sind neben gemeinsamen Feiern und Ausflügen ein effektiver Informationsaustausch und die Etablierung effizienter Besprechungsstrukturen und Fallarbeit.

Tabelle 9: Problemfelder und mögliche Lösungen in der Teamarbeit, modifiziert nach Schnell & Schulz 2014, S.20

Problem	Lösungsoption
Einzelne Teammitglieder fassen hierarchische Strukturen unterschiedlich auf	Fairness und Respekt stehen an erster Stelle Rollenklärung (Rollenselbstverständnis), Offene Kommunikation Supervision im Gesamtteam
Mitarbeiter mit sehr unterschiedlichem Hintergrundwissen und Berufserfahrung	Akzeptanz des lebenslangen Lernens aller Beteiligten Rücksicht von Routiniers gegenüber Neulingen Kritik konkret und konstruktiv äußern
Führungsanspruch der medizinischen Disziplin	Historisch entstandene hierarchisch-vertikale Arbeitsweise

	Durch horizontal ausgerichtete Kommunikation ersetzen Selbstreflexion des Arztes
Belastende Arbeitsbedingungen	Gemeinsamer Versuch, die Bedingungen zu verbessern Offener Umgang, wenn einzelne Mitglieder Burnout-Symptome zeigen Gemeinsames Feiern (z. B. Geburtstage)
Erwartung, zu allen Patienten/Angehörigen eine »gleich gute« Beziehung zu haben	Offene Kommunikation im Umgang mit unrealistisch hohen Ansprüchen Vorbildfunktion erfahrener Kollegen Regelmäßige Fortbildungen Ethische Fallbesprechungen



Optionale Fragen zur Reflexion

- Was zeichnet Ihr Team aus? Beschreiben Sie die fünf wichtigen Stärken Ihres Teams!
- Welchen Entwicklungsbedarf hat Ihr Team? Beschreiben Sie die Bereiche, in denen Ihr Team noch Entwicklungspotenziale hat!
- Frage: Gehört Ihrer Ansicht nach die Klient_in zum Team?
 - Dafür spricht:
 - Dagegen spricht:
 - Meine Quintessenz ist:

Weitere Reflexionsfragen zur interprofessionellen Teamentwicklung:

- Welche ungünstigen gemeinsamen Strukturen bedürfen der Veränderung?
- Welche Bereiche des gemeinsamen interprofessionellen Handlungsfeldes lassen sich durch das interprofessionelle Team selbst verändern?

- Welche Bereiche sind durch äußere (z.B. betrieblich vorgegebene) Rahmenbedingungen nur schwer/gar nicht veränderbar?
- Wie können Kooperationsräume verändert (zusammengeführt) werden?
- Wie können durch Re- und Neukombination von Handlungen neue individuelle und kollektive Handlungsmöglichkeiten entstehen?
- Welche Handlungen und Routinen haben sich als effizient erwiesen? Wie können sie auf andere Bereiche übertragen werden?
- Wann und wie sollen Veränderungen eingeführt werden?
- Wer muss über die Veränderungsprozesse informiert werden?

13.3.1.3 Faktoren der Leistungssteigerung oder –minderung in Gruppen



In Organisationen werden zunehmend Arbeiten von Gruppen erledigt, die traditionell von Individuen erledigt wurden (Gruenfeld et al. 1996).

Auch Mitarbeiter_innen in den Gesundheitsberufen haben viel mit Gruppen und Teams zu tun. Die Entwicklung hin zur Interprofessionalität wird weitere Herausforderungen bereithalten. Wenn Gruppen-/Teamarbeit in Organisationen vermehrt durchgeführt wird, dann versprechen sich die Verantwortlichen und die Mitarbeiter_innen selbst dadurch vor allem ein qualitativ besseres Arbeitsergebnis, also ein mehr an Gruppenleistung = ein mehr als die Summe aller Einzelleistungen. Aber eine Steigerung der Gruppenleistung tritt nicht immer zwangsläufig ein. Bei der Gruppe beeinflussen viele Faktoren die gemeinsame Leistung.

Auch die Forschung beschäftigt sich mit der zentralen Frage, um die förderlichen und hinderlichen Faktoren von Gruppenarbeit zu identifizieren.

Leistungsverluste/-gewinne durch verschiedene Arbeitsstile



Jede_r hat ihre/seine Herangehensweise an die Arbeit. In der Kooperation prallen oft sehr unterschiedliche Arbeitsstile aufeinander. Die Frage ist, wie wirken sich diese auf die Leistung des Einzelnen und des Teams aus?

Persönlichkeitsmerkmale und Arbeitsstile werden häufig assoziiert wahrgenommen (Wahrnehmungsfehler). Introversion versus Extraversion ist ein Persönlichkeitsmerkmal, welches durch die Interaktion mit der Umwelt/Arbeitswelt in Erscheinung tritt und Auswirkungen auf das Miteinander hat. Es handelt sich hier um eine Dimension der so genannten ‚**big five**‘ der **Persönlichkeit**, die aussagt, in welchem Grad ein Mensch gerne in Gesellschaft anderer Menschen ist oder Zeit für sich selbst bevorzugt (siehe dazu Riemann-Thomann-Kreuz).

Eysenck 1970 erforschte die Unterschiede in der Persönlichkeit von Menschen, und nahm an, dass die Unterschiede in der Erregbarkeit des kortikalen Gehirns liegen. Extrovertierte Menschen sind gesellig, risikobereit und abenteuerlustig, weil es ihnen an inneren Reizen mangelt und sie daher äußere Anregungen benötigen, um ein optimales kortikales Erregungsniveau zu erreichen.

Weder das eine noch das andere Persönlichkeitsmerkmal ist gut oder schlecht. Trotzdem sind **extrovertierte Menschen** in unserer Gesellschaft anerkannter, was u.a. darauf beruht, dass sie in der Regel mehr Aufmerksamkeit auf sich ziehen (Löhke, 2012).

Introvertierte Menschen sind hingegen mit vielen Stereotypen konfrontiert "Mensch, komm mal aus Dir raus", "Warum lässt du Dich bei Teamsitzungen so an die Wand spielen?", "Was machst Du eigentlich den ganzen Tag?"



Optionale Reflexion

Welche Adjektive würden Sie wählen, wenn Sie Ihr Vorgehen und Ihre Arbeitsweise beschreiben sollen?

Analytisch, durchdacht, dynamisch, effizient, engagiert, ergebnisorientiert, geradlinig, gewissenhaft, konsequent, kontinuierlich, kooperativ, nachhaltig, pragmatisch, professionell, realistisch, sachbezogen, selbstständig, strukturiert, systematisch, überlegt, vorausschauend, zielorientiert, zupackend, zuverlässig?

- Wie geht es Ihnen, wenn ein_e Kolleg_in sich in ihrem Arbeitsstil und in ihrer Handlungsweise sehr unterscheidet und Sie zusammenarbeiten müssen/wollen?
- Welchen Einfluss hat dies auf ihr Leistungsvermögen und auf das des Teams?



Für die Einzelleistung bei der Anwesenheit anderer wurden in der Forschung schon früh sowohl **soziale Aktivierungseffekte** „social facilitation“ (Triplet 1898) als auch **Hemmungseffekte** „social inhibition“ (Pessin 1933) nachgewiesen, sodass es interessant war herauszufinden, unter welchen Bedingungen welcher Effekt dominierte. Das Ergebnis einer Metaanalyse von 241 Studien (Bond et al. 1983) war, dass bei gut gelernten Aufgaben eine Leistungssteigerung auftrat, dagegen bei neuartigen Aufgaben eine Leistungsminde- rung im Vergleich zur individuellen Bearbeitung eintrat.

In der Forschung gab es vielfältige Überlegungen zu diesem Thema. Hier wird beispielhaft ein Erklärungsansatz von Blascovich et al. (1999) vorgestellt, der ebenfalls einen Zusammenhang zur Aktivierung des Gehirns herstellt.

Die Anwesenheit anderer Personen führt zu einer Steigerung des Erregungs- niveaus. Werden die Ressourcen bei der Bewältigung der Aufgabe als ausrei- chend erlebt (vertraute Aufgabe), dann entsteht ein **Herausforderungsmus- ter** „challenge pattern“, welches sich in einem affektiven und kognitiven Her- ausforderungserleben manifestiert. Umgekehrt bei Aufgaben, bei denen die Ressourcen als unzureichend erlebt werden, entsteht ein **Bedrohungsmus- ter** „threat pattern“, das sich in einem affektiven und kognitiven Bedrohungs- erleben ausdrückt. Ersteres Muster steigert die Leistung, während letzteres Muster die Leistung hemmt (ebenda).



In der beruflichen Praxis müssen bei verschiedenen Arbeitsstilen bei jeder Teilaufgabe neue Entscheidungen und Aushandlungsprozesse stattfinden. Zwei Ansätze sind dabei übergeordnet möglich:

Die Aufgaben werden zu großen Teilen arbeitsteilig bewältigt.

Vorteil: das Ergebnis ist eventuell besser und man wird schneller fertig.

Nachteil: keine wirkliche Kooperation, kein Lernen neuer Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Die Aufgabe wird zusammen durchgeführt.

Vorteil: neue Perspektiven und Lernzuwachs

Nachteil: unter Umständen unangenehme Konflikte.



Überlegen Sie sich, orientiert an einer realistischen Situation, welche Variablen der Zusammenarbeit es noch gibt.

Leistungsverluste/gewinne durch Prozessverluste



Leistungsverluste entstehen bei Gruppen auch durch eine angepasste Meinung beteiligter Personen an die erwartete Gruppenmeinung, statt einer Vertretung der eigenen Position. So können bei einer Teamsitzung von an sich kompetenten Mitarbeiter_innen schlechtere oder realitätsfernere Entscheidungen getroffen werden. Daraus können Situationen entstehen, wo die Gruppe Handlungen oder Kompromissen zustimmt, die jedes einzelne Gruppenmitglied unter anderen Umständen ablehnen würde.

Leistungsgewinne sind dann zu verzeichnen, wenn die Gruppe jeden zu Gehör kommen lässt und sachlich die verschiedenen Argumente abwägt, bevor sie eine Entscheidung trifft.



Die Diskrepanz zwischen realer und potenzieller Gruppenleistung wird durch zwei verschiedene Typen von Prozessverlusten erklärt: Koordinationsverluste und Motivationsverluste (Zysno1998).

Koordinationsverluste: Koordinationsverluste entstehen, wenn Gruppenmitglieder ihre eigenen Beiträge nicht optimal in das Gruppengeschehen mit einbringen. Beispielsweise werden beim Brainstorming weniger Ideen produziert, weil eigene Ideen vergessen werden, während ein anderes Gruppenmitglied lange spricht, beim Seilziehen nicht alle Gruppenmitglieder in die gleiche Richtung ziehen oder in der Teamarbeit von unterschiedlichen Zielen ausgegangen wird (ebenda).

Motivationsverluste: Motivationsverluste resultieren aus einer verminderten Anstrengungsbereitschaft einzelner Gruppenmitglieder gegenüber dem individuellen Kontext.

Gängige Motivationsverluste sind:

- **Soziale Faktoren:** geringe Identifizierbarkeit der eigenen Anteile an der Arbeit.
- **Trittbrettfahrer-Effekte:** Ein Mitglied hält die eigenen Beiträge für entbehrlich.
- **Gimpel- bzw. Sucker-Effekt:** Wenn andere Mitglieder als nicht motiviert erlebt werden, wird die eigene Anstrengung vermieden, um nicht ausgenutzt zu werden (ebenda).

Optionale Reflexion

Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie z. B. für das Aufgabenniveau in Ihrer Einrichtung? Vielleicht kennen Sie es selbst oder es ist Ihnen bei Kolleg_innen bereits aufgefallen, dass sie von sich aus gerne auf vertraute Aufgaben zurückgreifen? Sie können durch Beobachtung des Verhaltens anderer Teammitglieder ein neues Verständnis für Situationen erlangen?



Leistungsverluste/-gewinne durch die Aufgabe

Viele Faktoren beeinflussen, ob das Potential einer Gruppe im Prozess eher zu Gewinnen oder zu Verlusten führt. In diesem Abschnitt wird der Fokus auf die Gruppenaufgabe gerichtet.

Bei der Gruppenaufgabe werden hauptsächlich **drei Aufgabentypen** unterschieden:

„**Additive Aufgaben:** Die Gruppenleistung setzt sich aus der Summe aller individuellen Beiträge zusammen, wie z.B. beim Seilziehen.

Disjunktive Aufgaben: Das beste Gruppenmitglied bestimmt die Gruppenleistung, wie z.B. bei einem mathematischen Problem.

Konjunktive Aufgaben: Das schwächste Gruppenmitglied bestimmt die Gruppenleistung, wie z.B. beim Bergsteigen.“ (Schulz-Hardt et al. 2002, S. 31)



Diskretionäre Aufgaben stellen Aufgaben mit Ermessensspielraum dar. Dies können Schätzungen oder Prognosen sein. Es wird der Gruppe überlassen, ob sie sich bei einer Prognose für einen Einzelbeitrag entscheidet oder den Mittelwert aller Gruppenmitglieder heranzieht. Letzteres ist das Potential der Gruppe (Frey & Bierhoff 2011).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Aufgabe und der Ermittlung des Gruppenpotenzials.

Tabelle 10: Leistungsverluste/-gewinne durch die Aufgabe. Modifiziert nach Frey & Bierhoff 2011, S.225

Art der Aufgabe	Beispiele	Ermitteln des Gruppenpotenzials
Additiv	Tauziehen, Brainstorming, Angeln	Summe der Einzelleistungen aller Gruppenmitglieder
Disjunktiv	Problemlösen; mathematische Berechnungen; Fällen einer Entscheidung	Einzelleistung des besten Mitglieds
Konjunktive	Bergsteigen: Konzertaufnahme eines Orchesters; Informationen geheim halten	Einzelleistung des schlechtesten Mitglieds
Diskretionär	Quantitative Schätzungen abgeben; Finanzprognosen treffen	Mittelwert der Einzelbeiträge

Bei **konjunktiven Aufgaben** -wie dem Bergsteigen- kann eine Leistungssteigerung auftreten, wenn sich vor allem die schwächeren Mitglieder einer Gruppe vermehrt anstrengen. Voraussetzung ist jedoch, dass das schwache Mitglied eine Chance sieht, mithalten zu können.

Vor allem bei **additiven Aufgaben** ist der soziale Kompensationseffekt zu beobachten. Hier strengen sich vor allem die stärkeren Gruppenmitglieder mehr an. Dieser Effekt ist zu beobachten, wenn das starke Gruppenmitglied den Erfolg als wichtig annimmt und durch den unzureichenden Beitrag schwächerer Mitglieder das Ergebnis als gefährdet sieht (ebenda).



Optional zur vertiefenden Reflexion

Stellen Sie einen Bezug zu Ihrer eigenen (interprofessionellen) Teamarbeit her. Es wird immer auf das interprofessionelle Team hingewiesen, weil dies die Schwerpunktsetzung dieses Moduls ist. Arbeiten Sie in keinem interprofessionellen Team, können Sie die Fragen für ein anderes Kleinteam durchdenken. Wenn Sie Lust haben, schreiben Sie am Ende des Kapitels als Essenz Ihrer Erkenntnisse eine kleine literarische Geschichte über Ihr Team, eine Metapher in Form eines Textes (z.B. Märchen, Kochrezept, Krimi, Wetterbericht, Drama, Poesie, Abenteuer- oder Science-Fictionroman, Erzählung, Reisebericht, Arztbericht, Horoskop, Comic, Memoiren, Tagebuch, Fachartikel.....). Stellen Sie die Geschichte auf die Lernplattform.

13.3.2 Zusammenfassung

Gesundheitsbezogene Leistungen werden in der Regel durch Gruppen und Teams erbracht. Alle Mitarbeiter_innen sind permanent oder temporär in unterschiedlichen Arbeitsgruppen und sind tagtäglich mit Teambildungsprozessen konfrontiert. Die Fähigkeit, solche Prozesse aktiv und produktiv zu steuern, gehört zu den wichtigsten Qualitäten im Arbeitsleben.

In diesem Kapitel standen die strukturellen Faktoren der Gruppe bzw. des Teams im Vordergrund (im Gegensatz zu den gruppendynamischen Faktoren s. dort). Diese Strukturen sind für den Outcome u.a. der Leistung des Teams relevant. Die Merkmale und die Gruppenarten haben Einfluss auf die (interprofessionelle) Teamarbeit.

Das Team, die Teamaufgaben werden von vielen Faktoren beeinflusst, die das Gelingen oder Misslingen in der Zusammenarbeit beeinflussen. Was von den Teammitgliedern eingebracht wird, hat Einfluss auf den Prozess. Auch die

Organisationsform der Teamarbeit ist relevant. Der Prozess beeinflusst das Ergebnis in Bezug auf die Mitarbeiter_innen, Klient_innen und die Organisation. Das IPO-Modell beschreibt diese Wirkung. Eine Gruppe kann sowohl soziale Aktivierungseffekte als auch Hemmungseffekte verschiedener Art unterliegen. Tabelle 11 zeigt einige Chancen und Risiken der Teamarbeit auf.

Tabelle 11: Chancen und Risiken der Gruppenarbeit (Scholl, W. 2005, S.4)

Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Benötigtes Wissen wird durch Kombination unterschiedlicher Kompetenzen erreicht. • Komplexe und dynamische Aufgaben können besser gelöst werden. • Gemeinsame Entscheidungen werden besser akzeptiert. • Bei schwierigen Aufgaben kann soziale Unterstützung gegeben werden. • Arbeitsmotivation und Engagement von Mitarbeitern kann gesteigert werden. • Arbeitszufriedenheit kann erhöht und Stress reduziert werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Gruppe legt mehr Wert auf Harmonie als auf kritische Auseinandersetzung. • Gruppe kann sich gegen externe Informationen und Einflüsse abschotten. • Soziale Anforderungen an die Gruppenmitglieder können zu hoch sein. • Zu viel Zeit und Energie kann für die Koordination der Arbeit benötigt werden. • Destruktive Konflikte können innerhalb der Gruppe und mit anderen organisationalen Einheiten entstehen. • Mitglieder können die Lust verlieren.



Krisen und Konflikte sind keine bedauerlichen Erscheinungen von Teamarbeit. Sie sind weder vermeidbar noch vermeidenswert.

Krisen sind Bedrohung und Chance zugleich. Sie sind Gabelpunkte im Entwicklungsprozess von Teams. Damit ein offenes Aushandeln der gemeinsamen Ziele und Regeln überhaupt möglich ist, müssen die Mitglieder ein rudimentäres Verständnis über die Struktur und Dynamik von Gruppen mitbringen.

13.3.3 Literatur

Balz, H.J. & Spieß, E. (2009). Kooperation in sozialen Organisationen –Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Becker, F. (2016). Teamarbeit, Teampsychologie, Teamentwicklung. So führen Sie Teams. Springer Berlin Heidelberg.

Becker, S., Körner, M. (2018). Interprofessionelle Teamarbeit und Qualitätsentwicklung in der rehabilitativen Gesundheitsversorgung. S.271-288. In Hensen, P. Stamer, M. (Hrsg.) (2018) Professionsbezogenen Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche. Springer VS Wiesbaden.

Blascovich, J., Mendes, W.B., Hunter, S.B., Salomon, K. (1999). Social "facilitation" as challenge and threat. *J Pers Soc Psychol.* 1999 Jul;77(1): 68-77.

Bond, C. F., Titus, L.J. (1983). Social facilitation: A-meta-analysis of 241 studies. *Psychological Bulletin*, 94, 265-292.

Boocock, Sarane S. and Coleman, James S. (1966). "Games with Simulated Environments m Learning." *Sociology of Education*, 39 (1966), 215-236.

Brief, A. P. Barsky, A. (2000). Establishing a climate for diversity: The inhibition of prejudiced reactions in the workplace, in (ed.) *Research in Personnel and Human Resources Management* (Research in Personnel and Human Resources Management, Volume 19) Emerald Group Publishing Limited, pp.91 – 129. In Petersen, L.-E., Dietz, J. Diversity management 311-319. In Petersen, L.-E., Six, B. 2008. Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen. Beltz Weinheim Basel.

Cooley Ch. H. (1909). *Social organization. A study of the larger mind.* New York.

Corell, E. (2006). *Motivation und Überzeugung in Führung und Verkauf.* Heidelberg.

Cranach, von M. (1992). The multi-level organization of knowledge and action – an integration of complexity. In: Cranach, M.v., Doise, W., Mugny, G. (Eds.): *Social representations and the*

social bases of knowledge. Lewiston, NY: Hogrefe & Huber, S. 10-22. In Brodbeck, F. C., Guillaume, Y.R.F. (2010). Arbeiten in Gruppen. In: U. Kleinbeck, K.H. Schmidt (Eds.). Enzyklopädie der Psychologie, Band Arbeitspsychologie Göttingen: Hogrefe. S.383-443.

Dick van, R., West, M. (2005). Teamwork, Teamdiagnose, Teamentwicklung. Praxis der Personalpsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Dryer, D. C., Horowitz, L. M. (1997). When do opposites attract? Interpersonal complementarity versus similarity. *Journal of Personality and Social Psychology* 72, 592–603.

Edding, C. Schattenhofer K. (Hrsg.). (2009). Handbuch. Alles über Gruppen. Theorie, Anwendung, Praxis. Weinheim: Beltz Verlag.

Empfehlung 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung. Council of Europe (2003).

Erger R. (2017). Teamarbeit und Teamentwicklung in sozialen Berufen. Cornelsen Berlin.

Eysenck, H.J. (1970). The structure of human personality. London: Methuen.

Frey, D., Bierhoff H.-W. (2011). Sozialpsychologie – Interaktion und Gruppe. Reihe: Bachelorstudium Psychologie - Band 9. Hogrefe Verlag Göttingen.

Gollwitzer, P. M. (1991). Abwägen und Planen. Bewusstseinslagen in verschiedenen Handlungsphasen. Hogrefe Verlag Göttingen.

Hissnauer W. (o. D.). Arbeit im Team oder $2 + 2 = 7$. Lehrerfortbildung: eine wichtige berufliche Hilfe! Mainz. Zugriff am 17.01.2018. Verfügbar unter <http://www.gs-eisenberg.de/uploads/media/Teamarbeit.pdf>

Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. (Hrsg.) (2014). Sozialpsychologie, Springer-Verlag.

Kanning, U.P. (2009). Diagnostik sozialer Kompetenzen (Kompendien Psychologische Diagnostik). Hogrefe Verlag; Auflage: 2 Göttingen.

Katzenbach J.R., Smith D.K. (1993). The discipline of teams. *Harv Bus Rev.* 1993 Mar-Apr;71(2):111-20.

König, O. (1998): Macht in Gruppen. Gruppendynamische Prozesse und Interventionen. 2. Aufl. München: J. Pfeiffer.

König, O.; Schattenhofer, K. (2010). Einführung in die Gruppendynamik. 4. Aufl. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Körbitz, A., Zajonc, N., Hartog, R. (2001). Teamkompetenz - eine Schlüsselqualifikation entwickeln. In: Pädagogik (Weinheim) 53 (2001) 4, S. 23-28

Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., Bengel, J. (2016). Interprofessional Teamwork and Team Interventions in Chronic Care: A Systematic Review. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 15-28. In: Becker, S., Körner, M. (2018). Interprofessionelle Teamarbeit und Qualitätsentwicklung in der rehabilitativen Gesundheitsversorgung. S.271-288. In Hensen, P., Stamer, M. (Hrsg.) (2018) Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche. Springer VS Wiesbaden.

Krenz, A. (2014). Teamarbeit und Teamentwicklung. Grundlagen und praxisnahe Lösungen für eine effiziente Zusammenarbeit. Wehrheim.

Leach, C. W., van Zomeren, M., Zebel, S., Vliek, M.L. W., Pennekamp, S. F., Doosje, B., Ouwerkerk, J. W. (2008). Group-level self-definition and self-investment: A hierarchical (multicomponent) model of in-group identification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 144-165. In: Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. (2014). Sozialpsychologie. Springer Heidelberg.

Lencioni P.M. (2014). Die 5 Dysfunktionen eines Teams. Wiley-VCH.

Loewy, E. H. (2013). Ethische Fragen in der Medizin, Springer Verlag Wien.

Löhke, S. (2012). Leise Menschen - starke Wirkung: Wie Sie Präsenz zeigen und Gehör finden. GABAL Offenbach. Auflage: 10.

Luft, J. (1990). Einführung in die Gruppendynamik. Stuttgart: Klett.

Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. In *Psychological Review*, 1943, Vol. 50 ,4, Seite 370–396.

Miller, R. (2004). 99 Schritte zum professionellen Lehrer. Erfahrungen– Impulse – Empfehlungen. Seelze Kallmeyer.

Pessin, J. (1933). The comparative effects of social and mechanical stimulation on memorizing. *American Journal of Psychology*, 45, 263–270.

Reuß, G. (2012). Teamarbeit ist lernbar. Wie in Arztpraxen die Zusammenarbeit verbessert werden kann. Dr. med. Marbuse Mai/Juni 2012

Roberts, J.M. (2004). Alliances, Coalitions and Partnerships: Building Collaborative Organizations. New Society Publishers

Sader, M. (2000). Psychologie der Gruppe. 7. Aufl. Weinheim. Juventa.

Scharmann, Th. (1954). Betriebsorganisation und Gruppenpflege. In: Paul, H. (Hrsg.) Betrieb Göttingen.

Schnell, M.W., Schulz, C. (Hrsg.) (2014). Basiswissen Palliativmedizin. Springer Heidelberg.

Scholl, W. (2005). Grundprobleme der Teamarbeit und ihre Bewältigung - Ein Kausalmodell. In M. Högl, H. G. Gemünden (Hrsg.), Management von Teams. Theoretische Konzepte und empirische Befunde (3. Aufl., S. 33-66). Wiesbaden Gabler.

Schulz-Hardt, S.; Greitemeyer, T.; Brodbeck, F. C.; Frey, D. (2002). Sozialpsychologische Theorien zu Urteilen, Entscheidungen, Leistung und Lernen in Gruppen. In: Frey, D.; Irle, M. (Hrsg.) Theorien der Sozialpsychologie. Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien. 2. Aufl. Bern: Huber (II, S. 13-41).

Simmel, G. (1908). Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung (1908); 7. Auflage 2013, Verlag Duncker & Humblot Berlin, Print.

Triplet, N.L. (1898). Dynamogenic factors in pacemaking and competition. The American Journal of Psychology, 9, 507-533
Petersen, L.-E., Six, B. 2008. Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen. Beltz Weinheim Basel.

Walster, E., Aronson, V., Abrahams, D., Rottman, L. (1966). Importance of physical attractiveness in dating behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 508-516.

Weber, Christian (2011). Hirnforschung. Gleich und Gleich gesellt sich gern. Zugriff am 17.01.2018. Verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/wissen/hirnforschung-gleich-und-gleich-gesellt-sich-gern-1.1090668>.

Wunderer, R. (2000). Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre. Neuwied: Luchterhand.

Zysno, P. (1998). Von Seilzug bis Brainstorming: Die Effizienz der Gruppe. In: Witte, E.H. (Hrsg.). Sozialpsychologie der Gruppenleistung. S. 184-210. Lengerich Pabst.

13.4 Gruppendynamische Prozesse in der Interprofessionellen Arbeit

Angenommen, Sie pferchen zehn intelligente Menschen in einen Raum und bitten Sie eine neue Klinik zu entwickeln. Nehmen wir weiter an, Sie nennen dieses Beisammensein *Brainstorming* oder noch besser: *Meeting*. Was, glauben Sie, kommt dabei heraus? Wahrscheinlich keine Klinik, aber eine interessante Gruppendynamik. Es gibt zahlreiche unterschiedliche Erfahrungen über **Teams** ("Toll, Ein Anderer Macht's") und die **Gruppendynamik**, die ihnen innewohnt (Klepsch, o. D.). Aber hätten Sie gewusst, dass müde Personen teamfähiger sind als ausgeschlafene? Was denken Sie warum? Die Teamdynamik mit dem Fokus interprofessionelle Zusammenarbeit ist das Thema dieses Kapitels. Zur Einstimmung in die Gruppenprozesse hier zuerst einen kleinen You-tube-Film an.



Abbildung 18: Gruppenprozesse. <https://www.google.de/search?>

13.4.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden:

- verstehen die Dynamiken in Gruppen und wenden diese auf eigene Erfahrungen an

- erfassen die Gestaltungsprinzipien von guter Interaktion.
- transferieren Erkenntnisse auf die interprofessionelle Arbeit

Studieninhalt:

Grundlagen der Gruppendynamik, Gruppenphasen, Einstellungs- und Verhaltensänderung und Möglichkeiten Prozesse zu steuern.

13.4.2 Grundlegende Dynamik in Gruppen

Wenn Sie Gruppenprozesse verstehen und Ideen für Problemlösungen bei schwierigen Konstellationen in der Teamarbeit entwickeln wollen, ist die Auseinandersetzung mit der Gruppendynamik sinnvoll. Erkenntnisse über Phänomene der Gruppe, besonders über Gruppenstrukturen und Gruppenentwicklung, sind unverzichtbar bei der konkreten Umsetzung in der Arbeit in und mit Gruppen.

Der Begriff **Gruppendynamik** wurde in den dreißiger Jahren durch den, von Deutschland in die Vereinigten Staaten emigrierten Psychologen Kurt Lewin (1890-1947) geprägt. Auch er war jüdischer Herkunft und wie bei Ruth Cohn (1912-2010) stand sein Interesse für die Kleingruppenforschung unter dem Eindruck der totalitären Herrschaft des Nationalsozialismus. Ein Leitgedanke seiner Forschung war es, Demokratieprozesse zu fördern und Interaktion in Gruppen zu verstehen (Umgang mit Macht, Konformität, Führungsstil, Gruppenrollen, etc.) (König et al. 2010).



Gruppen haben ihre Autonomie und Eigengesetzlichkeit. Sie werden geprägt durch die äußere und innere Umwelt sowie die eigene Beziehungsdynamik. Die Veränderung einer Variablen wirkt sich systemisch auf die gesamte Gruppe aus.



Des Weiteren unterscheidet sich die Dynamik in jeder Gruppe und kann sowohl von den Gruppenmitgliedern als auch von externen Faktoren beeinflusst

werden. Dies ergibt **zwei Sichtweisen auf den Gruppenprozess**: den vertikalen und horizontalen Schnitt.

Vertikaler Schnitt:

Der vertikale Schnitt beschreibt die verschiedenen Umwelten, die auf die Gruppe einwirken:

Die **äußere Umwelt** ist z. B. der Grad der Freiwilligkeit (z. B. Forensik nicht gegeben) und die materiellen, personellen, technischen und räumlichen Rahmenbedingungen.

Zur **inneren Umwelt** werden bewusste und unbewusste Gefühle, Wertvorstellungen, Verhaltensweisen, Bedürfnisse etc. der einzelnen Mitglieder subsumiert. Jede Gruppe kann nur einen Teil der Individualität des einzelnen berücksichtigen, andere Teile müssen für den Gruppenzusammenhalt zurückgestellt werden (ebenda).

Horizontaler Schnitt:

In jeder Gruppe entspinnt sich aus den beiden Umweltfaktoren im Zusammenspiel eine ihr eigene teils sichtbaren und teils unsichtbaren Gruppendynamik. In der Interaktion wahrnehmbar ist meist nur die **Sachebene** und das Arbeitsziel (ein geringer Teil etwa 1/7 der Gesamtdynamik) (ebenda).

Verborgен bleiben in der Regel die Ebenen des **Beziehungsgeflechtes** (das WIE der Kommunikation), der Psychodynamik (unbewusste Übertragung und Gegenübertragung) und die Kernkonflikte der Gruppe (werden verdrängt, um die Gruppe am Laufen zu halten) (ebenda).

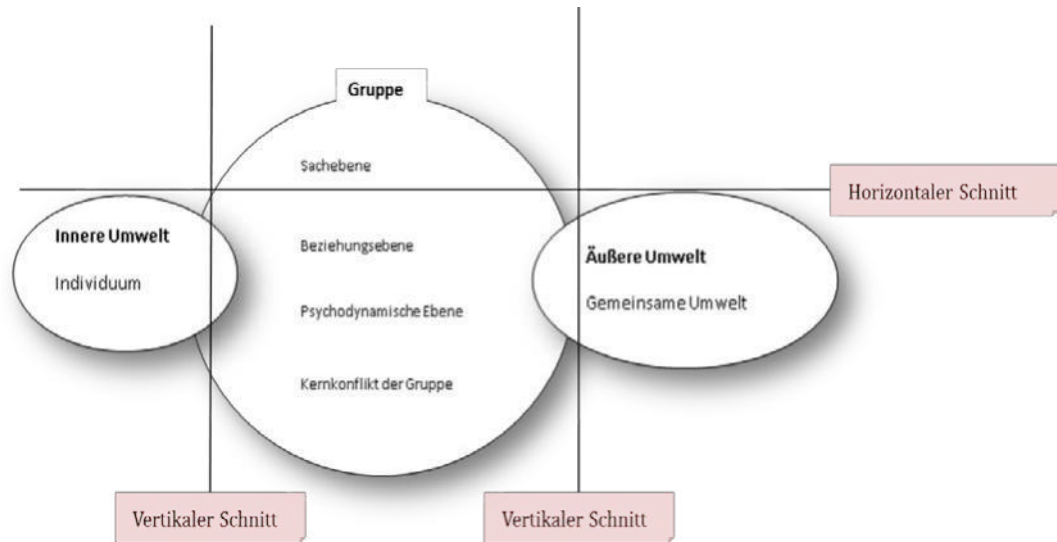


Abbildung 191: Sichtweisen auf die Gruppe modifiziert nach König 2010, S. 25 und 27

13.4.3 Phasenmodelle der Gruppe

Ein Gruppenprozess verläuft in Phasen, wenn auch nicht zwangsläufig linear.

Zwei der bekanntesten Phasenmodelle sind die von Tuckman (1965) und A. & E. Rubner (1991, 1995). Die Phasen sind ähnlich beschrieben, nur dass Rubners noch eine Phase der „Ablösung und Trennung“ zusätzlich beschrieben haben.



Tuckman 1965
1. Forming

A. und E. Rubner 1991,1995
1. Orientierung

Die erste Phase ist in erster Linie durch Zwiespältigkeit und abwartendes Verhalten gekennzeichnet. Die angekommenen Gruppenmitglieder schwanken u.a. zwischen Polen wie Distanz bewahren und Nähe suchen, oder Neues erproben und auf Bekanntes (noch) nicht zu verzichten.

Abwartendes Verhalten geht einher mit dem innerlichen Verteilen von Etiketten, um die anderen (und den Leiter) in ein bekanntes und gewohntes Schema einordnen zu können. Es lässt sich hier der Wunsch nach Orientierung in der

neuen Gruppensituation zugrunde legen. Jeder ist auf seine Weise auf der Suche nach seinem Platz und seiner Rolle in der Gruppe.

Der Leiter/ die Leitein sollte in dieser Anfangsphase gerade den Themen Raum geben, die Information und Orientierung auf beiden Seiten fördern. Stärker als in den übrigen Phasen wird vom Leiter/ von der Leiterin ein klarer und eindeutiger Rahmen gegeben. Die Gruppe sieht in dieser Phase den Leiter als „Orientierungspunkt“ und begibt sich (gewollt) in eine Abhängigkeit.

Tuckman 1965

2. Storming

A. und E. Rubner 1991,1995

2. Kampf und Flucht

Das Vertrauen der Gruppenmitglieder untereinander nimmt zu, sie zeigen mehr von ihrem wahren Selbst. Die anderen und die neue Situation sind nicht mehr so fremd. Das ermutigt die Gruppenmitglieder, offene und konfrontative Fragen zu stellen. *„Rivalität und Durchsetzungswille, Rollen- u. Statusverteilung bzw. Rollen- u. Statusbehauptung in der Gruppe beeinflussen das Klima und sind Themen, die aus der psychosozialen Ebene aufsteigen.“* (Langmaack et al., 1993, S. 73)

Aggression wird in dieser Phase stärker zugelassen, auch der Leiter_in gegenüber, der die Schuld zugeschoben wird, dass die Gruppe nur langsam vorankommt. Die Fähigkeiten der Leiter_in werden kritisch betrachtet und hinterfragt. Diese sollte einerseits natürlich prüfen, inwieweit ihr Verhalten dazu Anlass gibt, andererseits sollte sie auch gelassen bleiben. Es hätte fatale Folgen, wenn sie auf Angriffe mit Machtdemonstration oder gar Aggression reagieren würde, denn die Gruppenleiter_in ist Modell für die Mitglieder der Gruppe.

Tuckman 1965

3. Norming

A. und E. Rubner 1991,1995

3. Autonomie und Interdependenz

Bleibt die/ der Gruppenleiter_in in der Stormingphase bei ihrem Ziel, die Selbststeuerungskräfte der Gruppe zu fördern, führt das dazu, dass die

Gruppe die Notwendigkeit einsieht, akzeptable Normen zu finden und unterschiedliche Fähigkeiten der einzelnen zu akzeptieren. Damit beginnt die Gruppe sich als solche zu verstehen. Der offene Austausch über Normen macht die enthaltenen sozialen Erwartungen deutlich. Ansonsten würden sich unsichtbare Bezugssysteme für die Bewertung von Handlungen herausbilden, die nicht oder nur schwer hinterfragt werden können.

Durch die Interaktion der Gruppenmitglieder entwickelt jede Gruppe eigene Regeln oder Normen. König bezeichnet diese Normen als einen Verhaltensstandard, *„der von einzelnen ihrer Mitglieder oder von außen an eine Gruppe herangetragen wird bzw. den die Mitglieder einer Gruppe herausgebildet haben und an dem sie sich orientieren und der das Zusammenleben in Gruppen überhaupt erst möglich macht“* (2002, in König, Schattenhofer 2006, S. 44). Sie gelten für alle Gruppenmitglieder gleichermaßen und stellen somit das Gemeinsame der Gruppe dar, durch individuelle Interessen oder Einflussmöglichkeiten sind die Beteiligten an ihrer Entstehung und Gestaltung direkt beteiligt (ebenda).

Die dritte Phase ist gekennzeichnet von einer gewissen Kompromissbereitschaft und einem für die Gruppe notwendigen Einigungsstreben. Es ist eine Phase, in der größere Vertrautheit aufkommt.

Tuckman 1965

4. Performing

A. und E. Rubner 1991,1995

4. Vertrauen und Intimität

In dieser Phase werden die gedanklichen Vorstellungen in die Tat umgesetzt, bzw. dafür Voraussetzungen geschaffen. Diese Phase schweißt die Mitglieder noch enger zusammen. Jetzt entsteht das Bewusstsein, dass man voneinander lernen und gemeinsam die Ziele der Gruppe besser erreichen kann. Die Vielfältigkeit der Gruppe wird als nützlich erkannt, um neue Aufgabenstellungen produktiv und kreativ anzugehen. Die Arbeitsfähigkeit und die Kommunikationsfähigkeit der Gruppe sind in dieser Phase relativ stabil. Die Leiter_in kann recht zurückhaltend sein und der Gruppe moderierend bei Fragen der Planung und Organisation zur Seite stehen.

Tuckman 1965

5. Adjourning

A. und E. Rubner 1991,1995

5. Ablösung und Trennung

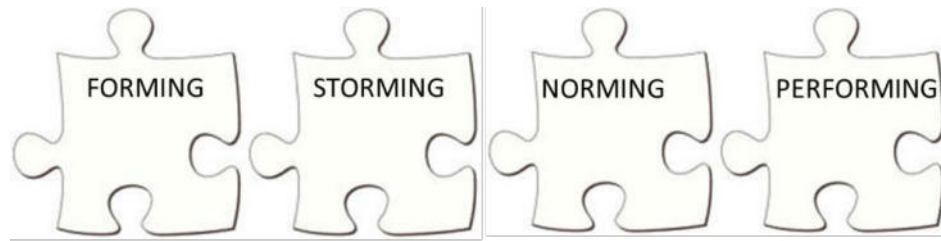
Bei Tuckman gibt es die fünfte Phase der Ablösung und Trennung eigentlich nicht, da es in der Teamarbeit, auf die er sich bezieht, kein Ende gibt. Später im Jahr 1977 ergänzte Tuckman dann doch die fünfte Phase **Adjourning**. Sie **gilt explizit nur für temporär zusammenarbeitende Gruppen**.

Die fünfte Phase beschreibt ausschließlich Auflösungsprozesse, die beispielsweise beim Abschluss der gemeinsamen Arbeit stattfinden. Somit gehört sie nicht zu den anderen vier Phasen, die jedes Team durchläuft. A. und E. Rubner beschreiben diese Phase so, dass in ihr eine Orientierung der Gruppenmitglieder nach außen stattfindet und die Gruppe sich verabschiedet, um auseinander zu gehen. Im Gegensatz zur Leiter_in, die bei der Prozessbegleitung das Ende von Anfang an mit einbezieht, gehen die Gruppenmitglieder gerade in dieser Phase von einer fast unbegrenzten Dauer der Gruppenexistenz aus und tendieren dazu, den Prozess der Auflösung und Beendigung vor sich her zu schieben. Die drei beherrschenden Themen dieser letzten Phase heißen Abschluss, Transfer und Abschied.



Abschluss heißt, begonnene Themen auf der Sachebene und auf der psychosozialen Ebene zum Ende zu bringen. Transfer meint, dass sich die Gruppenmitglieder verstärkt damit auseinandersetzen, wie sich das in der Gruppe Erlernte zu Hause und bei der Arbeit umsetzen lässt. Je länger die Gruppe zusammen war, desto mehr Energie braucht der Abschied. Die Gruppenmitglieder haben sich aneinander gewöhnt und emotionale Beziehungen geschaffen, die - zumindest vorerst - zu einem Abschluss gebracht werden müssen (ebenda, 1993, S. 79).

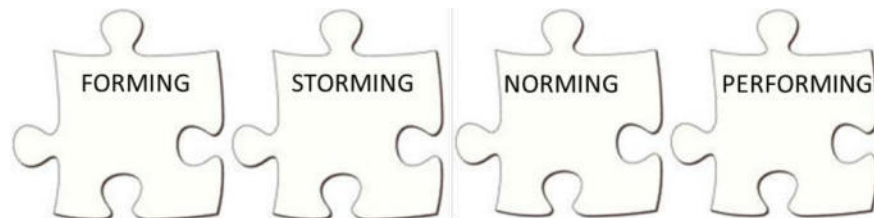
1: Ordnen Sie alle Begriffe den entsprechenden Gruppenphasen zu und schauen Sie im Erwartungshorizont nach, ob die Zuordnung gelungen ist.



Aushandeln	Inhaltliche Arbeit
Stolz	Ringeln um Macht und Einfluss
Kennenlernen	Absicherung der Zugehörigkeit
Einbringen von Ideen	Konfrontation
Kämpfen	Feedback
Verabschieden	Zukünftige Orientierung
Unsicherheit und Verwirrung	Verschmelzen
Gegenseitige Unterstützung	Regeln erstellen
Rollenklärung	



Abbildung 20: Teamentwicklungsprozess nach Tuckman (1965), eigene Darstellung



Kennenlernen	Kämpfen	Aushandeln	Verschmelzen
<ul style="list-style-type: none"> • Absicherung der Zugehörigkeit • Unsicherheit • Verwirrung 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation • Ringeln um Macht und Einfluss 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback • Regeln erstellen • Rollenklärung 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaltliche Arbeit • Einbringen von Ideen • Gegenseitige Unterstützung



- Verabschieden
- Stolz
- Zukünftige Orientierung

Abbildung 21: Lösung Teamentwicklungsprozess nach Tuckman (1965), eigene Darstellung

13.4.4 Einstellungs- und Verhaltensveränderung in Gruppen

Viele Organisationen sind in ständigen Wandlungsprozessen. Die Forderung nach der Veränderung hin zu mehr interprofessioneller Zusammenarbeit setzt auch eine Umstellung bisheriger Abläufe voraus. Dadurch werden die Veränderungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit der Mitarbeiter_innen nötig. Diese Veränderungen können durch ihren unbestimmten Ausgang Angst machen und führen wie bei Lewin (1947) beschrieben zu einer Desorientierung.

Lewin konzipierte ein **Dreistufen-Modell des Lernens** im Verhaltens- und Einstellungsbereich. Dabei geht er von dem Sachverhalt aus, dass der Mensch, bevor er etwas Neues lernen kann, zunächst einmal alte Verhaltens- bzw. Einstellungsweisen verlernen muss.

Weitaus die meisten Änderungen, die z. B. von Tätigen in Gesundheitsberufen angestrebt werden, betreffen Einstellungen und Handlungsweisen, die stark von der Person integriert sind. Das Verhalten ist häufig zur Routine geworden und läuft quasi automatisch ab. Das bedeutet für eine Veränderung, dass der Lernende einen Teil von sich, also von dem für ihn Selbstverständlichen, aufgeben muss (mit möglichem partiellem Identitätsverlust und Desorientierung).



Phasen nach dem Lernmodell von Lewin:

- Erste Phase: Unfreezing (Auftauen)
- Zweite Phase Changing (Verändern)
- Dritte Phase Refreezing: (Festigung, Stabilisierung)

Erste Phase: Unfreezing (Auftauen):

Kräfte im personalen System geraten in Bewegung. Der/die Lernende stößt auf Barrieren, erlebt Dissonanzen zu seinen bisherigen Erfahrungen. Dies erzeugt auch häufig Widerstand.

Zweite Phase: Changing (Verändern):

Dies ist die Phase, in der neues, alternatives Verhalten probiert wird. Werden die Alternativen den Lernenden aufgezwungen, ist die Motivation zur wirklichen Veränderung relativ gering bzw. nur von kurzer Dauer. Da der/die Einzelne, das jeweils neu zu Lernende mit seinen/ihren übrigen Verhaltens- und Einstellungsmustern in ein relativ widerspruchsfreies Verhältnis bringen muss, dies aber den Personen der Umgebung nur in sehr unzureichendem Maße bekannt ist, kann es anfänglich zu mehr intra- und interpersonellen Konflikten kommen als zuvor.

Dritte Phase Refreezing (Festigung, Stabilisierung):

In der dritten Phase stellt sich das Problem, die neu erworbenen Einstellungen und Verhaltensweisen in den Bestand der alten Muster fest einzugliedern. Die Stabilität muss dabei über die Lernsituation hinaus für den/die Lernenden Bestand haben.



Phasen, in der die Gruppenmitglieder schon verunsichert sind, eignen sich nicht zur Verhaltensänderung, denn zu viel Verunsicherung führt zu einem großen Widerstand.

Veränderungsprozesse können scheitern, wenn Widerstände nicht erkannt oder nicht ernst genommen werden.

Widerstand, der nicht ernst genommen wird, sucht sich sein Ventil u.a. in:
Aufgeregte Diskussionen in Fluren und Treppenhäusern

Prinzipielle Zustimmung bei Unterlassung jeder Konkretisierung

Unzählige Probleme in der Umsetzung, nutzlose Konflikte um unwichtige Details

Liegenlassen bzw. Verzögern wegen „dringender anderer Prioritäten“

Unsachliche Kritik gegenüber Dritten

Mobilisierung von Verbündeten

Sich-dumm-und-hilflos-Stellen (Macht der Schwäche)

(modifiziert nach Berner 2015 in Schaller, Baller 2017, S.110)

Das vier-Schrittmodell im Umgang mit Widerstand:

- Ernstnehmen, ausreden lassen, Schweigen nicht persönlich nehmen

- Nachdenken und Fragen stellen
- Mit einfachen Worten das Problem zusammenfassen
- Gemeinsam nach Lösungen suchen und Vereinbarungen treffen (ebenda).

Beispiel: „Es ist so laut im Wohnbereich“

(Phase Unfreezing)

Auf dem Wohnbereich Abendsonne wird eine neue Mitarbeiter_in eingearbeitet. In den ersten Tagen fällt ihr der hohe Lärmpegel im Flur und im Aufenthaltsraum auf. Im Teamgespräch wird deutlich, dass die Kolleg_innen diesen ausblenden und sich daran gewöhnt haben. Bei der Schilderung bemerken jedoch einige, dass der Lärm ihre Konzentration beeinträchtigt. Das Team einigt sich in einer Arbeitsgruppensitzung die Situation zu analysieren und nach Lösungen zu suchen. Es stellt fest, dass insbesondere am Vormittag ein starker „Durchgangsverkehr“ zur Lärmentwicklung beiträgt. Die sogenannten „Service-Dienste“ wie Wäscherei und Getränkeliieferungen nutzen den kurzen Weg über den Wohnbereich, um zu anderen Wohnbereichen zu gelangen. Es werden in der Arbeitsgruppe andere Wegoptionen gefunden und eine als besonders geeignet ausgewählt.

(Phase Changing)

Die Mitarbeiter_innen der „Service-Dienste“ werden über die neuen Wege informiert. Schon nach kurzer Zeit stellt sich heraus, dass niemand sich an die neue Regelung hält. Nun setzt sich das Wohnbereichsteam mit dem „Service-Team“ zu einer Arbeitsbesprechung zusammen. Das Anliegen wird vorgetragen und unterschiedliche Lösungsideen vorgestellt. Mit einer Idee, die noch mal angepasst wird sind alle zufrieden. Es wird festgelegt, diese Idee für zwei Monate zu erproben. Zudem werden neue lärmdämmende Rollen für die Transportmittel vereinbart.

(Phase Refreezing)

Der erarbeitete Vorschlag wird zwei Monate lang erprobt und es wird beschlossen weiter so zu verfahren. Alle haben sich an den Ablauf gewöhnt, er ist zur Selbstverständlichkeit geworden. Durch die geringere Lärmbelastung sind auch die an Demenz erkrankten Bewohner_innen ruhiger geworden.



13.4.5 Feedback im Arbeitskontext



Abbildung 22: <http://www.custominsight.com/>

Was heißt **360° Feedback**? Dabei handelt es sich um eine umfassende Feedback-Methode, weil unterschiedliche Anspruchsgruppen einbezogen werden, wie Kolleg_innen, Mitarbeiter_innen, Führungskräfte oder/und Kunden/Klient_innen. Je nachdem wie viele Perspektiven in den Feedback-Prozess einbezogen werden, spricht man von einem 90°- bis 360°-Feedback.

Ziel ist, durch die vielen Perspektiven ein umfangreicheres und objektiveres Bild der Person zu bekommen, die das Feedback erhält. Manche Teams arbeiten sehr gut und andere haben viele Kommunikations- und Kooperationsprobleme. Die Ursachen bleiben oft verdeckt und behindern die Effektivität. Hier kann das 360-Grad-Feedback bei der Verbesserung der Teamarbeit wertvolle Hilfe leisten.

Im Qualitätsmanagement hat das 360° Feedback eine festgeschriebene Form, in der es durchgeführt wird. „Organisationen, in denen 360 Grad-Feedback

eingeführt wurde, berichten von einem verbesserten Arbeitsklima, da die Wünsche und Anregungen der Mitarbeiter stärker berücksichtigt werden. Als Nebenprodukt etablierte sich häufig eine verbesserte Kommunikations- und Feedbackkultur.“ (Baller & Schaller 2017, S. 112)

Verhaltensweisen, die bewertet werden können sind u.a.:

- Persönlichkeit: Umgangston, Einfühlungsvermögen, Wertschätzung
- Kompetenz und fachliches Können: Fachwissen, Wissensvermittlung, Problemlösung, Klient_innenorientierung
- Ziel- und Ergebnisorientierung: Visions- und Strategieentwicklung, Beharrlichkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Ergebnisqualität.

13.4.6 Dimensionen der Gruppenstruktur



Zur Darstellung von Gruppenstrukturen eignet sich:

1. das Riemann/Thomann Kreuz
2. die Themenzentrierte Interaktion (TZI).

Beide sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Das **Riemann-Thomann-Kreuz** wird genutzt um die Beziehungsstruktur in Gruppen darzustellen (Stahl 2002).

Nach Fritz Riemann (1974) und Christoph Thomann (1988) lassen sich in dem Kreuz folgende **vier Pole** beschreiben:

„Nähe“ (Kooperation, Harmonie, Gleichheit usw.), „Distanz“ (Sachlichkeit, Selbstverantwortung, Differenz, etc.), „Dauer“ (Planung, Verträge, Zielorientierung, usw.) und „Wechsel“ (z. B. Improvisation, Prozessorientierung, Fluktuation).

Sie sind existenzielle Lebensanforderungen, denen sich alle Menschen im Verlauf ihrer Entwicklung stellen müssen und die auch in der Gruppendynamik zum Tragen kommen.

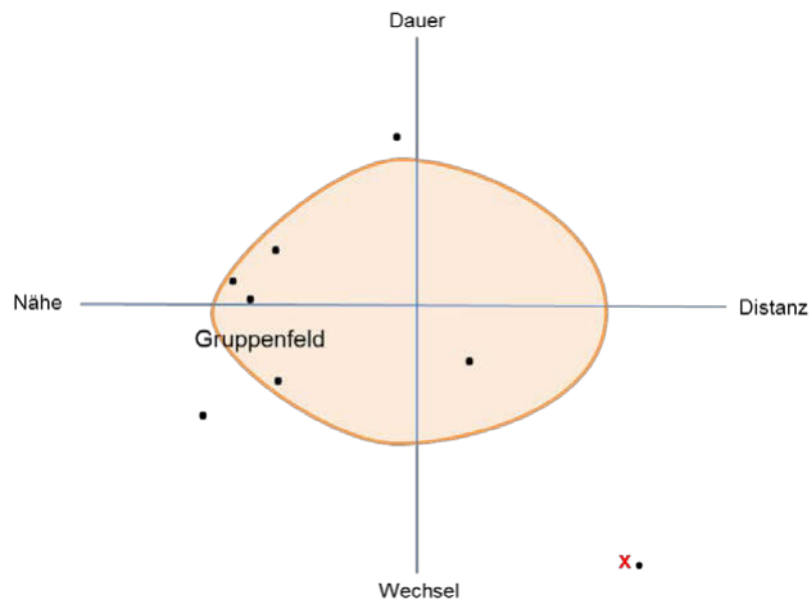


Abbildung 23: Gruppenanalyse mit dem Riemann-Thomann-Kreuz (modifiziert nach Stahl 2002, S. 252)

Die Gruppe bildet durch die Eigenart ihrer Mitglieder und die sich daraus entwickelnde Eigendynamik ihr eigens Feld aus, in dem die meisten Teilnehmer sich wiederfinden. Die Person, die mit X bezeichnet ist, liegt mit ihrem Schwerpunkt so weit außen, dass es für sie schwer ist, dazuzugehören. Entweder sie schafft es durch Überzeugung, dass das Gruppenfeld sich auf sie zubewegt, oder sie wird zum/zur Außenseiter_in oder Sündenbock bzw. verlässt die Gruppe.

So wie viele Redewendungen, geht auch der Sündenbock auf die Bibel zurück: Am Versöhnungstag bekam der Hohepriester von den Israeliten zwei Ziegenböcke. Einer davon wurde geschlachtet und war für Gott bestimmt, der andere sollte die Sünden und Missetaten des Volkes auf sich laden (3. Buch Mose 16, 20-22) und sie dann in die Wildnis tragen (o. A. 2007).



Nach der genauen Kenntnis der Herkunft des Wortes „Sündenbock“ übertragen Sie diese Geschichte auf Entwicklungen in Gruppen. Vielleicht fällt Ihnen

eine konkrete Gruppensituation ein an der Sie die Dynamik überprüfen können. Überlegen Sie auch welche wichtige Rolle der Sündenbock hat?

Die Gruppenmitglieder bekämpfen eigene verdrängte Anteile und projizieren sie auf den Außenseiter. Die Gruppe gibt sich der Illusion hin, dass sie, wenn sie es schafft, diese Person hinauszudrängen, rascher vorankommt ("Sündenbock-Prinzip"). Das erweist sich als Fehlschluss.

In Ihrer Ausbildung gab es vielleicht jemanden der sehr langsam war, der zurückblieb. Die anderen haben sich mehr oder minder über ihn lustig gemacht: "Ralf hätte hier gar nicht aufgenommen werden sollen. Der passt hier nicht rein." So reden alle nicht von den eigenen Wissenslücken und Lernproblemen, sondern nur von Ralfs. Aber alle haben Wissenslücken und diese schließen sich nicht durch das Ausscheiden des Letzten. Die Reife der Gruppe drückt sich dadurch aus, dass jede/r einzelne für sich die verdrängten Anteile wahrnimmt und sie zulässt. Die Ausbildungsgruppe könnte z.B. sagen: "Wir haben alle Wissenslücken, wie können wir sinnvoll Lerngruppen zusammenstellen?".

Wichtig ist, dass Außenseiter in anderen Gruppen wieder gut integriert sein können.



Wenn Sie möchten, können Sie eine eigene Analyse mit dem Riemann-Thomann Kreuz („Nähe“, „Distanz“, „Dauer“ oder „Wechsel“) machen. Wenn Sie es zu mehreren Personen durchführen, können Sie die unterschiedlichen Bedürfnisse erkunden.



Themenzentrierte Interaktion (TZI)

Das Modell der themenzentrierten Interaktion ist für die Arbeit mit Gruppen/Teams hilfreich und soll deshalb im Folgenden vorgestellt werden. TZI geht auf die Psychoanalytikerin Ruth Cohn (1912 - 2010) zurück. Sie wurde in Berlin geboren und emigrierte später aufgrund ihrer jüdischen Herkunft nach Amerika. Die TZI entstand auf dem Boden der Humanistischen Psychologie,

das Bild des Menschen, das hier zugrunde liegt, ist durch persönliches Wachstum während des ganzen Lebens, durch Selbstaktivierung und Selbstverantwortung charakterisiert. Cohns gedanklicher Ansatz war die Frage, wie Ich-stärkende Faktoren therapeutischer Arbeitsmethoden auch im alltäglichen Umgang miteinander wirksam werden könnten, um zu ganzheitlichen, die ganze Persönlichkeit ansprechenden Lern- u. Arbeitssituationen zu gelangen (Langmaack et al.1993).



Drei feste Grundsätze, die Axiome, bilden die Basis der TZI:

1. Ganzheitlich

Der Mensch ist autonom und interdependent, umso mehr er sich seiner Interdependenz bewusst ist, umso mehr eigene Autonomie hat er. Er ist mit seinen Erfahrungen, Verhalten und Kommunikation eingebettet in universelle Gesetze, diese bedingen einander (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft).

2. Humanistisch

Ehrfurcht gebührt allem Lebendigen und seinem Wachstum.

3. Demokratisch

Freie Entscheidung geschieht innerhalb bedingter innerer und äußerer Grenzen. Freiheit in Bedingtheit.

Aus diesen Axiomen leitete Ruth Cohn zunächst zwei existentielle Postulate ab, die darlegen, wie die Axiome im Alltag umgesetzt werden. Später ergänzte sie die Postulate durch Hilfsregeln, welche die Kommunikation in der Gruppe erleichtern und unterstützen sollen (Cohn 1992).

Postulate:

1. Sei deine eigene Chairperson. Nimm jede Situation als Angebot für Deine Entscheidung, so wie du es verantwortlich für dich selbst und andere willst.

Das Wort „**Chairperson**“ ist recht schwer zu übersetzen. Es bedeutet, seine eigene „Vorsitzende“ zu sein. Es fordert auf, die Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, nach innen und nach außen zu schauen, selbst zu

bestimmen, wann man reden will und was man sagen will. Gleichzeitig weist es darauf hin, dass auch die anderen Gruppenteilnehmer (auch der/die Leiter_in) danach handeln werden (Cohn 1992, S.12).

2. Störungen haben Vorrang, ohne ihre Lösung wird Wachstum erschwert oder verhindert.

Störungen sind wichtig. Sie sind in jedem Falle ernst zu nehmen. Schmerzen, starke Abneigung, oder Vorurteile können unter Umständen der aktuellen Mitarbeit in der Gruppe im Wege stehen. Störungen werden allerdings nur soweit behandelt, wie sie wirklich stören, d.h. solange sie die Entwicklung und die Balance der Gruppe beeinträchtigen. Werden Störungen in der Gruppe offen und akzeptierend bearbeitet, gewinnt die Gruppe die scheinbar verlorene Zeit durch schnellere und intensivere Arbeit zurück (Cohn 1992, S.122).

Hilfsregeln:

Die Hilfsregel soll dazu anregen in der Kommunikation sowohl auf den Ansprechenden, als auch auf den Empfangenden der Nachricht zu achten.

Vertrete dich selbst in deinen Aussagen; sprich per ICH und nicht per WIR oder MAN.

Halte dich mit Interpretationen von anderen zurück. Sprich stattdessen deine persönliche Reaktion aus.

Sei authentisch und selektiv in deiner Kommunikation. Mache dir bewusst was du denkst und fühlst und wähle aus was du sagst.

Wenn du eine Frage stellst, sage, warum du fragst und was deine Frage für dich bedeutet.

Wenn du etwas über einen anderen TN aussagst, sage auch, was es dir bedeutet, dass er so ist wie er ist, bzw. wie du ihn siehst.

Beobachte Signale aus deiner Körpersphäre.

Das Strukturmodell der TZI:

Die Grundidee der TZI beruht darauf, dass drei Faktoren, das ICH, das WIR und das THEMA im Gruppenprozess gleichwertig behandelt werden. Diese drei Faktoren sind eingeschlossen in ein umgebendes Ganzes, den GLOBE (Langmaack et al. 1993, S. 102)

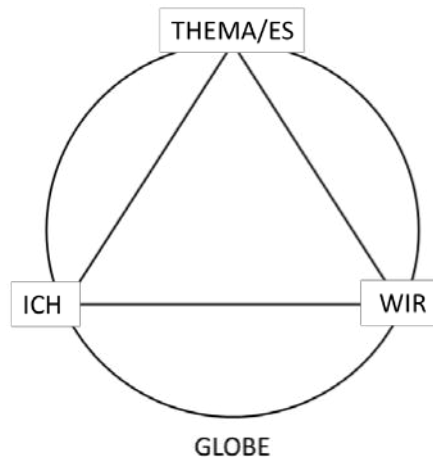


Abbildung 24: Das Strukturmodell der TZI, eigene Darstellung

Das entscheidende Arbeitsprinzip der TZI ist die **dynamische Balance** zwischen dem ICH, dem WIR und dem THEMA/ES, unter ständiger Berücksichtigung des GLOBE.

Eine Gruppe, bzw. deren Prozess ist umso erfolgreicher, je mehr diese Balance berücksichtigt wird. Wie in der vorherigen Einheit beschrieben, vernachlässigen besonders Teams durch ihre Zielbezogenheit die Balance. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass sich bei Störungen, z.B. weil sich der einzelne im Team nicht genug wahrgenommen fühlt, Hindernisse und Verlangsamungen auf anderen Schauplätzen bemerkbar machen. Dieses Modell soll der Leiter_in und den Gruppenmitgliedern eine Hilfestellung sein, diese Dynamik in Ansätzen zu verstehen und die Balance wahrnehmen zu können. Es nicht so zu verstehen, dass nun jedem Dreieckspunkt dieses Modells immer gleich viel Raum zu geben ist. Vielmehr soll es verdeutlichen helfen: Eine Gruppe kann nicht konzentriert an einem Thema arbeiten, wenn der/die Einzelne keinen Zugang zu diesem Thema findet, oder wenn Störungen in der Beziehung un-

tereinander vorliegen. Die Gruppenleiter_in hat die Aufgabe das Gleichgewicht im Auge zu behalten, allen Anteilen Rechnung zu tragen. Sie achtet darauf, ob ein Anteil vernachlässigt wird und wird in diesem Fall versuchen, die Aufmerksamkeit der Gruppe auf diesen vernachlässigten Anteil zu lenken (ebenda, S. 103)

Die TZI versteht die **Gruppenleitung** als Teil des gesamten Systems Gruppe, sie ist an diesem beteiligt und von den Veränderungen des Systems, an denen sie aktiv mitwirken, unmittelbar betroffen. Gruppenleitung und Gruppenmitglieder tragen beide die Verantwortung für das Gruppenklima.

Einfluss der Organisation auf Gruppen

Soziologische und psychologische Einflüsse der Gruppenmitglieder und ihre dynamischen Prozesse innerhalb der Gruppe, beeinflussen das Gelingen oder Misslingen von Arbeitsprozessen (Sader 2000).

Das Verhalten des Einzelnen in der Gruppe ist nicht nur individuell und von der Gruppe her bestimmt, sondern auch von Faktoren der Arbeitsumwelt abhängig. Diese Faktoren sind von der Organisation beeinflussbar und sie können die Bildung von Gruppen fördern oder verhindern. Das Denken und Handeln der Organisationsleitung bzw. des Vorgesetzten werden dabei zum großen Teil von seinen Annahmen und Menschenbild bestimmt. Dies kann durch die Strukturierung von Organisationsprozessen und die Anordnung von Arbeitsplätzen, durch Integration oder Isolation bestimmter Arbeitsbereiche oder durch Fördern oder Behindern von Kommunikationsbeziehungen geschehen (Weinert 1998).

Zu den Variablen, die eine Auswirkung auf das Gruppengeschehen haben, gehören:



- Gesamtstrategie der Organisation in Hinblick auf das Setzen und Erreichen von Zielen
- Autoritätsstruktur, Grad des Empowerments, selbständige Entscheidungen treffen
- System der Leistungsbewertung und das Belohnungssystem

- Der Personalauswahlprozess
- Die Menge und Begrenzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen
- Formale Regeln in der jede Organisation ihre Ablaufprozesse standardisiert
- Ungeschriebene Organisationskultur
- Der physische Rahmen
- Die Technologie (ebenda)

Diese Einflussfaktoren wirken auf das Fühlen, Denken und Handeln der Gruppenmitglieder. Arbeitszufriedenheit, Arbeitsleistung, Fernbleiben vom Arbeitsplatz, Krankenstand und Kündigungshäufigkeit sind eng damit verbunden, wie in Organisationen Mitglieder und Gruppen gestärkt, Ressourcen gefördert und personale Kompetenzen (weiter-)entwickelt werden.

Im Folgenden wird ein Assessment dargestellt, das in einer Studie von D'Amour et al. 2008 zur Ermittlung des Levels der Zusammenarbeit nach Indikatoren, entwickelt wurde. Hier wird nach drei Level der Kooperation unterschieden mit den Indikatoren: Ziele, Loyalitäten, gegenseitige Kenntnis voneinander und Vertrauen.

Tabelle 11: Kollaborationslevel in der Teamarbeit: D'Amour, et al. 2008 S.188).

Indikatoren	Aktive Kollaboration Level 3	Entwickelnde Kollaboration Level 2	Potenzielle oder latente Kollaboration Level 1
Ziele	Konsens über umfassende Ziele	Einige gemeinsame ad hoc Ziele	Widersprüchliche Ziele oder die Abwesenheit gemeinsamer Ziele
Klient_innenzentrierung versus anderer Loyalitäten	Klient_innenzentrierung	Professionsbezogene oder organisationsbezogene Interessen sind von zentraler Orientierung	Tendenz, sich von privaten Interessen leiten zu lassen

Gegenseitige Kenntnis voneinander	Häufige Möglichkeiten sich zu treffen, regelmäßige Aktivitäten	Einige Möglichkeiten sich zu treffen, einige gemeinsame Aktivitäten	Keine Möglichkeit sich zu treffen, keine gemeinsamen Aktivitäten
Vertrauen	Tiefes Vertrauen	Vertrauen ist an Bedingungen gebunden und nimmt Gestalt an	Fehlendes Vertrauen
Zentralität	Stabiles und aktives Gremium das den Konsens fördert	Zentrales Gremium was ungenau bestimmte Rollen hat, mehrdeutige politisch-strategische Rollen	Abwesenheit von einem Zentralen Gremium, sozusagen die Abwesenheit einer politischen Rolle
Leitung	Geteilte, übereinstimmende Leitung	Nicht fokussierte, fragmentarische Leitung mit geringer Auswirkung	Leitungsmonopol, ohne Übereinstimmung
Unterstützung bei Innovationen	Fachkenntnisse die in der Zusammenarbeit Neuerungen herbeiführen	Sporadische bruchstückhafte Fachkenntnisse	Geringe oder keine Fachkenntnisse die Zusammenarbeit und Innovation unterstützen
Verbundenheit	Viele Orte für Diskussionen und Partizipation	Ad hoc Diskussionen ohne spezifische Themen	Quasi eine Abwesenheit von Diskussionen
Formalisierte Werkzeuge	Gemeinsame Übereinkünfte, Gemeinsam definierte Rollen	Keine gemeinsam getroffenen Übereinkünfte, keine Reflektion der Praxis und es gibt auch keine Aushandlungsprozesse darüber	Kein Übereinkommen, kein Respekt ist die Ursache für Konflikte
Informationsaustausch	Allgemeine Infrastruktur um Informationen zu sammeln und auszutauschen	Inkomplette Infrastrukturen um Informationen auszutauschen; Infrastrukturen sind nicht den Erfordernissen entsprechend und nicht zweckmäßig	Relative Abwesenheit von irgendwelchen Infrastrukturen oder Mechanismen für den gemeinsamen Austausch

In dem untenstehenden Link finden Sie den ganzen Artikel u.a. mit einer Anregung der Aufbereitung der ermittelten Indikatoren und Level in einer graphischen Übersichtskarte. So könnten Sie für Ihr Interprofessionelles Team Stärken und Entwicklungspotenziale sichtbar machen.

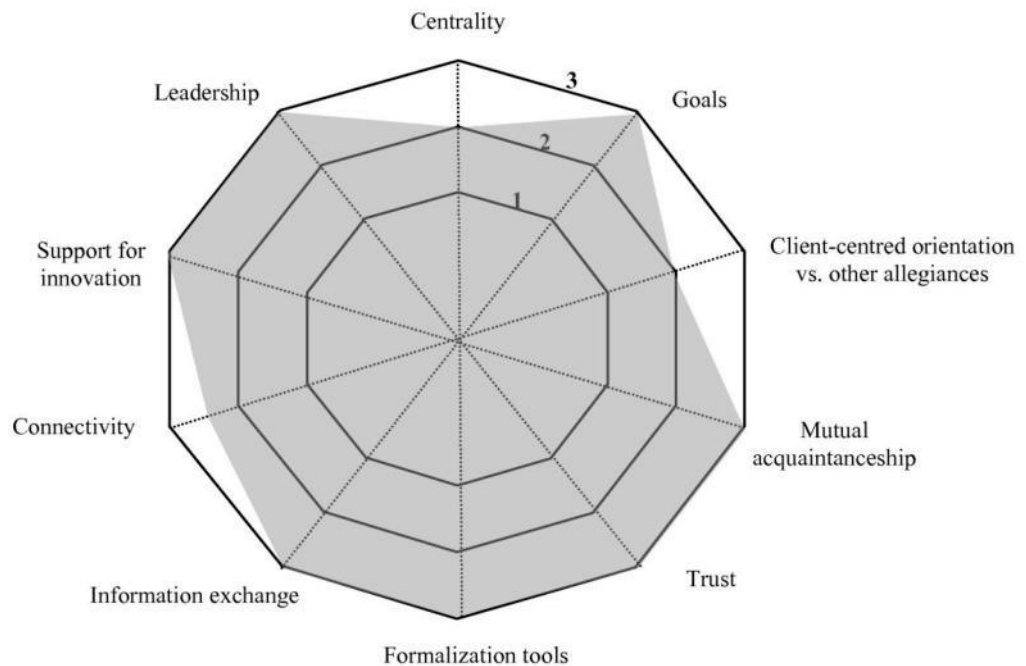


Abbildung 25: Graphische Übersichtskarte zum Kollaborationslevel in der Teamarbeit. <https://bmchealth-servres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>



13.4.7 Interprofessionelle Trainingsprogramme

Die Dynamik in ganz „normalen“ Teams ist nicht einfach zu handhaben, die von interprofessionellen Teams ist noch komplexer. Wird bei der Bildung interprofessioneller Teams die Anzahl der Gruppenmitglieder zu groß, ist die Gefahr des Scheiterns präsent. In großen Institutionen wird von allen Beteiligten viel Phantasie abverlangt sich so zu organisieren, dass man trotz der diversen Untergruppen/Kleinteams sich als ein gemeinsames Team versteht. Zur Förderung von Kohäsion und zur Vermeidung starrer Rollen und Normen müssen diese reflektiert und gezielt eingesetzt werden. Dazu kann z.B. die themenzentrierte Interaktion von Ruth Cohn (1992) genutzt werden. Wichtig ist,

dass das „Thema“ alle vereint, aber genauso wichtig ist, dass jede_r einzelne zu Wort kommt und auch die Gemeinsamkeit der Gruppe erlebt wird. Dies ist durch die Postulate „Sei deine eigene Chairperson“ und „Störungen haben Vorrang“ umsetzbar, in dem man zu Beginn der Teamsitzung ein kurzes Blitzlicht macht und ab und zu über die Zufriedenheit mit der Teamarbeit allgemein spricht.



Nur durch das zur Sprache bringen und eine Diskussion über die Normen und Ziele einer Gruppe, sind ihre Weiterentwicklung möglich (König, in Schattenhofer 2006).

Gelingt die Teamarbeit, kann sowohl die Integration neuen Wissens, als auch der Austausch zwischen den Berufsgruppen die tägliche Arbeit unterstützen und die Übereinstimmung zwischen den Bedürfnissen und Zielen der einzelnen Gruppenmitglieder und der Gesamtaufgabe fördern (Schulz-Hardt 2002). Unter anderem führen Gesundheitsbedürfnisse der Klient_innen und der Wunsch der Sekundärbetroffenen (Angehörige etc.) sowie der steigende Kostendruck dazu, dass die interprofessionelle Teamarbeit dringlich wird und die Entwicklung kreativer Lösungen erforderlich sind.

Inzwischen existieren sowohl national wie international diverse **Trainings zur interprofessionellen Zusammenarbeit**. Zwei davon sollen im Folgenden vorgestellt werden. Die Trainings wurden vorwiegend in der Notfallmedizin entwickelt, da dort eine effektive Zusammenarbeit für das Leben der Klient_innen elementar ist. Die Trainings eignen sich auch generell für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Crew Ressource Management (CRM-Training)

„Fehler in der Medizin finden ihre Ursachen zu 70–80% aller Fälle im Bereich der menschlichen Faktoren“ (auch als **Human Factors** bezeichnet) (Rall, et al.2013). Um die Kommunikation und Teamarbeit zu verbessern und Fehler

zu vermeiden, kann ein Crew Resource Management (CRM-Training) absolviert werden. Das CRM-Training wurde für die reibungslose Kommunikation im Cockpit entwickelt und hat sich in der letzten Zeit als **interprofessionelles Simulationstraining** im Gesundheitswesen verbreitet: **Crisis Resource Management (auch CRM)**, besonders da wo die Kommunikation in Notfallsituationen unmissverständlich sein muss (Stemmler et al. 2017).

Das Spektrum des Einflusses von Human Factors geht von den menschlichen Faktoren im engeren Sinne (Müdigkeit, Krankheit, Alter, Sehvermögen, Situationsaufmerksamkeit, Vigilanz Grad) über die Zusammenarbeit in Teams (Kommunikations- und Führungskompetenzen, aber von gemeinsamen Wert- und Zielvorstellungen) bis hin zu individuell kognitiven Aspekten der Entscheidungsfindung.

Die **CRM-Pyramide** (Abb. 26) für die Sicherheit von Klient_innen zeigt auf, dass ein effektives CRM nur auf dem Fundament einer aktiven Sicherheitskultur möglich ist. Fehlt die Unterstützung für CRM in der Organisation, versinkt die CRM-Pyramide wie im Sumpf. Jedes CRM-Element basiert auf jahrelanger Forschung im genannten Bereich der menschlichen Leistungsfähigkeit.

Jedes einzelne Element der „CRM-Pyramide“ ist notwendig, aber allein nicht voll wirksam. Die Gesamtleistung ergibt sich durch Multiplikation der Einzelteile: Geht eine Komponente gegen Null, sinkt die Gesamtleistung gegen Null. Kommunikation ist der Hauptträger für CRM in Teams. Ohne geeignete Kommunikation fällt die Pyramide auseinander (ebenda).

So ergeben sich im Training bezogen auf die Kommunikation folgende Schwerpunkte: Leadership & Followership, „Assertiveness“ (Durchsetzungsvermögen), Effektive Kommunikation (!), Verteilung der Arbeitsbelastung, Frühzeitiges Hilfe holen. Ausnutzung aller verfügbaren Ressourcen.

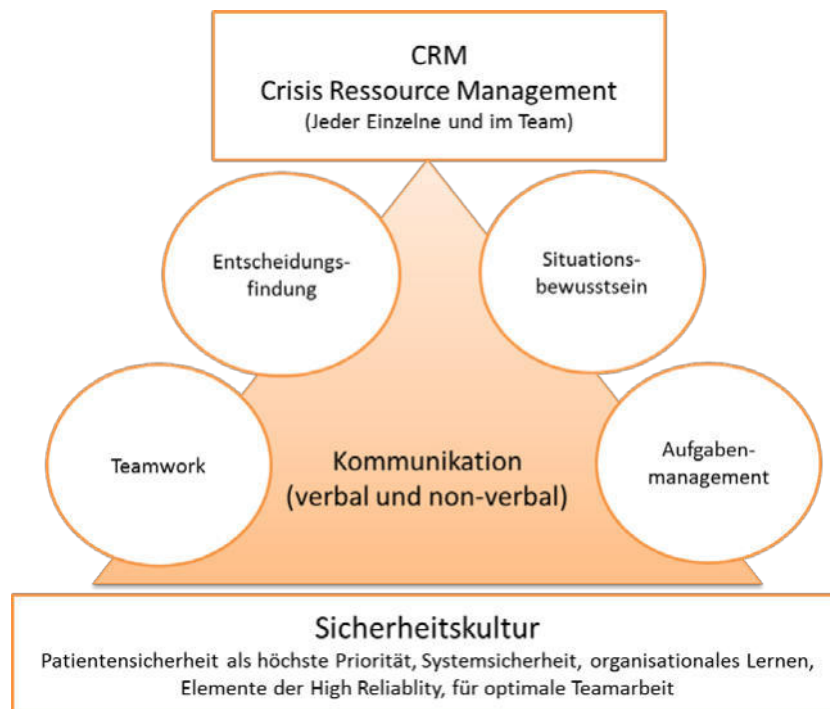


Abbildung 26: Pyramide für die Patientensicherheit (Rall et al. 2013 S. 150)

Ein CRM-Element zur Steuerung der Kommunikation ist z.B. das sogenannte „**10-Sekunden-für-10-Minuten-Prinzip**“ (Abb. 27). Probleme beim Umsetzen des Wissens unter den Bedingungen der Realität, Umgang mit der Komplexität und Kommunikation im Team scheint häufig in einem subjektiv zu stark empfundenem Zeitdruck schwer zu gelingen. Besonders in Notfallsituationen entsteht der Eindruck, man müsse sofort reagieren.

Das „10-Sekunden-für-10-Minuten-Prinzip“ soll erst einmal Zeit zum Denken und Planen geben. Beim Auftreten von Problemen (wenn es chaotisch, oder wenn es laut wird), wird das ganze Team zu einer kurzen Unterbrechung fast aller Tätigkeiten aufgefordert; alle hören kurz zu, alle Informationen werden zusammengetragen, Ideen vorgebracht und etwaige Bedenken geäußert. Dann wird ein Plan aufgestellt und die Ressourcen verteilt (das kann zum Beispiel 10 Sekunden dauern). Danach geht es mit dem Handeln und einer koordinierten Teamarbeit weiter (was dann mindestens die nächsten „10 Minuten“ besser und koordinierter abläuft) (Rall 2008 in Rall et al. 2013).



Abbildung 27: Das 10 Sekundenprinzip (Rall, et al.2013; S.156)

RESPEKT-Programm

Das Crow-Coaching bietet ein RESPEKT-Programm an. Auf der Internetseite <http://www.crown-coaching.de/respekt-programm.html> wird in Aussicht gestellt: „Nomen est Omen.“

Im RESPEKT-Programm geht es nicht nur um eine wertschätzende, nachhaltige und zielführende Kommunikation. Neben der Wissensvermittlung geht es vor allem um die langfristige Änderung von Haltungen und Einstellungen in der gesamten Organisationskultur. Wertschätzung statt Lästerei, Lösungsorientierung statt Problemfokussierung, kollegiales Verhalten statt Machtspielen.“



Tewes 2015 beruft sich dabei auf verschiedene Studien, die die positiven Wirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit belegen:

- senkt die Fehlerquote (Reeves et al. 2008)
- senkt die Kosten (O'Brien, 2013)
- reduziert Krankheitsraten und Fluktuation von Mitarbeitern (Meuerling et al., 2013)
- steigert die Arbeitseffektivität (D'Amour et al., 2005)
- großer Benefit für Klient_innen mit chronischen Erkrankungen (Virani, 2012)
- großer Benefit für Klient_innen mit komplexen Erkrankungen (Jacobson, 2012)

In einem Zeitraum von 1,5 bis 2 Jahren werden die Organisation analysiert und die Mitarbeiter_innen trainiert. Das **LEO Führungskräftetraining** (LEO steht für Leading an Empowered Organization), was so viel heißt wie „eine starke Organisation führen“. Dieses Training wurde in den USA speziell für Führungskräfte im Gesundheitswesen entwickelt. Besonders hervorzuheben ist die **Ausbildung von Interprofessionellen Kommunikationsexperten**, die sicherstellen, dass das Erlernte direkt im Arbeitsalltag angewendet und auch beibehalten wird.

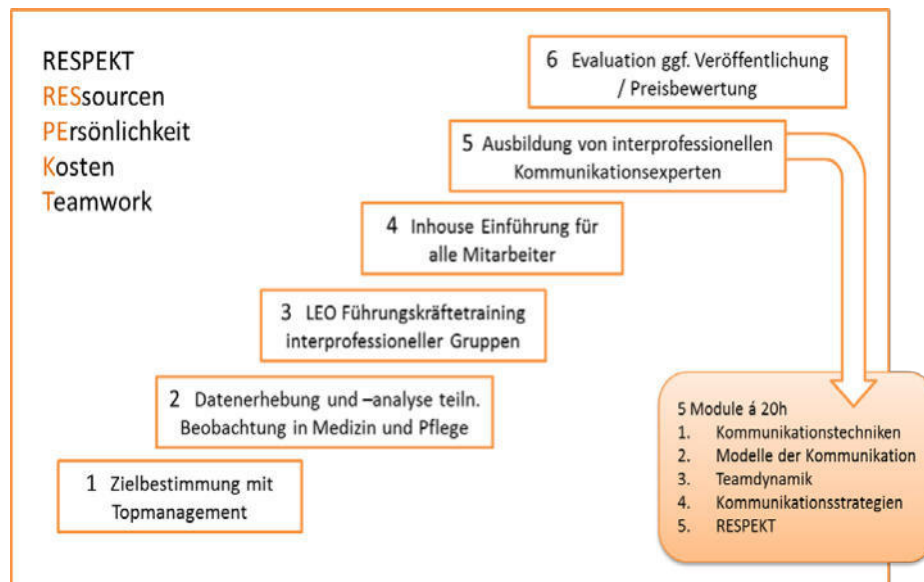


Abbildung 28: Respektprogramm (Tewes 2015, S. 22)

13.4.8 Zusammenfassung

Gruppendynamik bezeichnet die Entstehung von Verhaltensweisen, Werten und Einstellungen, die sich ausschließlich aus der Interaktion mehrerer Personen (der Gruppe) ergeben und bei Einzelindividuen nicht auftreten.

Die Erforschung der Gruppendynamik wurde verstärkt nach dem 2. Weltkrieg betrieben, nicht zuletzt unter dem Eindruck der Ereignisse und des Massenverhaltens in Deutschland (Edding et al. 2009). Die Gruppendynamik stellt das

Zusammenwirken und die Beziehungen von Mitgliedern einer Gruppe dar. Dabei wird dargestellt, wie sich die Einzelpersonen in der Gruppe verhalten, wie sich die Gruppe formiert, wie sie funktioniert und wie sie sich gegebenenfalls wieder auflöst.

Laut König und Schattenhofer (2010) gestaltet sich die Arbeit in Gruppen und damit die Gruppenentwicklung in der Regel nicht linear und geradlinig. Sie ist vielmehr gezeichnet durch Höhen und Tiefen, Dynamik und scheinbarem Stillstand. Tuckman (1995) teilt Gruppenprozesse in vier unterschiedlich aufeinander folgende Stufen ein:

„forming“: Diese erste Phase der Entwicklung ist durch Unsicherheit und die Suche nach Orientierung geprägt.

„storming“: In dieser Phase wird das Gruppengeschehen durch Konflikte der einzelnen Gruppenmitglieder um Rollen und Normen bestimmt.

„norming“: Die dritte Phase ist durch das Aufstellen von Normen und gegenseitigen Respekt der Gruppenmitglieder gekennzeichnet.

„performing“: In dieser letzten Phase pendelt sich die Gruppenleistung auf einem bestimmten Niveau ein.

Durch den verstärkten Einfluss gruppenspezifischen Wissens in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Studium könnte es zu einer gesteigerten Sensibilisierung kommen. Diese würde dazu beitragen, das Geschehen in Gruppen besser zu verstehen, beispielsweise in Bezug auf die Bedeutung von unterschiedlichen Rollen innerhalb einer Gruppe oder auch in Bezug auf die Wichtigkeit von Phasen, in denen es zu Auseinandersetzungen um Rollen, Normen oder Meinungen kommt. In der interprofessionellen Zusammenarbeit ist aufgrund der Komplexität von Gruppenprozessen dieses Wissen besonders gefragt. In speziellen Trainings können ganze Organisationen geschult werden.

13.4.9 Literatur

Baller, G., Schaller, B. (2017). Kommunikation im Krankenhaus. Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal. Springer Gabler, Heidelberg.

Cohn, R. (1992). Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. 11. Aufl. Stuttgart.

Crown Coaching international (o. D.). RESPEKT-Programm. Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <http://www.crown-coaching.de/respekt-programm.html>

D'Amour, D. Goulet, L.; Labadie JF.; San Martin-Rodriguez L.; Pineault, R.: (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organisations. BMC Health Services Research 8:188).

Delhees, K. H. (1994). Soziale Kommunikation. Psychologische Grundlagen für das Miteinander in der modernen Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Edding, C. Schattenhofer K. (Hrsg.). (2009). Handbuch. Alles über Gruppen. Theorie, Anwendung, Praxis. Weinheim: Beltz Verlag.

Jacobson, P.R. and HDR Inc. (2012). Evidence Synthesis for the Effectiveness of Interprofessional Teams in Primary Care Commissioned Paper by Canadian Nurses Association Canadian Health Services Research Foundation.

Jonas, K.; Stroebe, W.; Hewstone, M. (Hrsg.) (2007). Sozialpsychologie. Eine Einführung. Heidelberg: Springer-Verlag

Klepsch R. (o. D.). Büro. Spiegel online. Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/karriere/buero-alltag-team-steht-fuer-toll-ein-anderer-macht-s-a-855020.html>.

König, O.; Schattenhofer, K. (2010). Einführung in die Gruppendynamik, 4. Aufl. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Langmaack, B.; Braune –Krickau M. (1993). Wie die Gruppe laufen lernt. 4. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Lencioni P.M. (2014). Die 5 Dysfunktionen eines Teams. Wiley-VCH.

Lewin, K. (1968). Die Lösung sozialer Konflikte. Ausgewählte Abhandlungen über Gruppendynamik. 3. Aufl. Bad Nauheim: Christian.

Luft, J. (1990). Einführung in die Gruppendynamik. Stuttgart: Klett.

Marrow A. J. (2002). Kurt Lewin. Leben und Werk: Beltz Verlag.

Meurling, L., Hedman, L., Sandahl, Ch., Felländer-Tsai, L., Wallin C.-J. (2013). Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions, 2013, *BMJ Qual Saf* 22: 485-494

O'Brien, D., McCallin, A., Bassett, S., (2013). Student perceptions of an interprofessional clinical experience at a university clinic. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 41(3), (81-89).

Rall, M. (2013). Human Factors und CRM: Eine Einführung. In: St.Pierre M., Breuer G., (Hrsg.) *Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 135-151.

Rall, M. Koppenberg, J., Hellmann, L., Henninger M. (2013). Crew Resource Management (CRM) und Human Factors In: Moecke, Marung, Oppermann (Hrsg.) *Praxishandbuch Qualitäts- und Risikomanagement im Rettungsdienst. Planung Umsetzung Zertifizierung* S. 149-157.

Rall, M., Glavin, R., Flin, R. (2008). The '10-seconds-for-10-minutes principle' – Why things go wrong and stopping them getting worse. *Bulletin of The Royal College of Anaesthetists – Special human factors issue* (51): 2614–2616.

Redinha, D. (2008). For the Birds. You Tube Film: Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.google.de/search?>

Reeves S., Zwarenstein M., Goldman J., Barr H., Freeth D., Hammick M., Koppel I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1).

Riemann, F. (1974). *Grundformen der Angst*. München: Reinhardt Verlag.

Rubner, A.; Rubner E. (1995). Die Entwicklungsphasen einer Gruppe – Gruppenkonflikte, Einstellungen dem Leiter gegenüber und Leiterintervention: In Lührmer, C.; Standhardt, R. (Hrsg.) *TZI Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth Cohn*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (S. 230-263).

Rubner, A., Rubner, E. (1991). Entwicklungsphasen einer Gruppe. *Themenzentrierte Interaktion* 1/1991.

Sader, M. (2000). *Psychologie der Gruppe*. 7. Aufl. Weinheim: Juventa.

Schulz-Hardt, S.; Greitemeyer, T.; Brodbeck, F. C.; Frey, D. (2002): Sozialpsychologische Theorien zu Urteilen, Entscheidungen, Leistung und Lernen in Gruppen. In: Frey, D.; Irle, M. (Hrsg.)

Theorien der Sozialpsychologie. Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien. 2. Aufl. Bern: Huber (II, S. 13-41).

Stahl, E. (2002). Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung. Weinheim: Beltz Verlag.

Stemmler, J., Hecker, U. (2017). Notfallkommando. Kommunikation in Notfallsituationen für Gesundheitsberufe. Springer Berlin.

Synapse-web.com (o.D.). Das Riemann-Thomann-Model. Charakterfragebogen. Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter http://www.synapse-web.com/WebRoot/Store12/Shops/63374192/5565/9757/AE8A/79E3/EBB3/C0A8/2AB8/4FEC/Test_Riemann_.pdf

Tazim V., (2012). Interprofessional Collaborative Teams chsrf.ca Commissioned Paper by Canadian Nurses Association Canadian Health Services Research Foundation.

Tewes, R. (2015). Interprofessionelle Kommunikation will gelernt sein. Schulen Sie Ihr Personal. PflegeKolleg, Heilberufe/Das Pflegemagazin 2015,67 (1) S. 20-22.

Thomann C., Schulz von Thun F. (2011). Klärungshilfe 1: Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen.“ 6. Auflage (1. Auflage 1988).

Tuckman, H. (1965). Development sequence in small groups. In: Psychological Bulletin, Jg. 63, S. 384–389.

Weber, Christian (2011). Hirnforschung. Gleich und Gleich gesellt sich gern. Zugriff am 17.01.2018. Verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/wissen/hirnforschung-gleich-und-gleich-gesellt-sich-gern-1.1090668>,.

Wunderer, R. (2000). Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre. Neuwied: Luchterhand.

Weinert A.B. (1998). Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review) This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2009, Issue 4.

14. Stereotype und Vorurteile

...Frauen können nicht einparken, Männer können nicht zuhören. Blondinen sind dumm. Dicke sind gemütlich. Schwaben sind geizig, Engländer haben einen speziellen Humor, Südländer sind gute Liebhaber und Ostfriesen sind wortkarg. Psychologen studieren Psychologie, um sich selbst zu therapieren....

Haben Sie das auch schon mal gedacht? Höchst wahrscheinlich, denn jeder Mensch hat Vorurteile. Selbst das Wort „Vorurteile“ ist mit Vorurteilen behaftet:



Abbildung 29: Stereotype. <http://kulturshaker.de/einstellung/stereotype/>

So sehen wir Vorurteile als einseitig und dumm an und versuchen häufig, möglichst „vorurteilsfrei“ an die Dinge heranzugehen. Nur wenige Striche...! Stereotype sind Skizzen der Realität.

Dieses Kapitel ist im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit sehr relevant, weil Stereotype und Vorurteile die Kooperation mit anderen Berufsgruppen (negativ) beeinflussen. Pflegekräfte sind..., Logopäd_innen sind ..., Ergotherapeut_innen sind... und Physiotherapeut_innen sind...!

Welche Zuschreibungen sind spontan in Ihrem Kopf?

14.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Studierende:

- kennen die Bedeutung von Normen und Werten in Gruppen
- sind sich über Stereotypen und Vorurteile im beruflichen Kontext bewusst
- wissen um die Auswirkung von Rollen in der interprofessionellen Kommunikation

Studieninhalt:

Gruppennormen und Werte, Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung und Rollen in der Zusammenarbeit

14.2 Gruppennormen und -werte

Die wiederkehrende Klärung von Grundfragen im Team erscheint unökonomisch und hinderlich für die Erledigung von Aufgaben. Spielregeln helfen hier. Innerhalb von Gruppen bilden sich nach der Zeit des Storming für gewöhnlich gemeinsame Normen. **Gruppennormen sind Überzeugungssysteme**, die festlegen, wie man sich in dieser Gruppe verhalten soll, die dabei aber nicht die Kraft von Gesetzen haben.

Normen werden entweder von den Gruppenmitgliedern verinnerlicht oder andere Mitglieder setzen die Werteordnung durch ihr sanktionierendes Verhalten durch. Verstößt man gegen Gruppennormen, dann ist davon auszugehen, dass man auf negative Reaktionen stößt und unter Umständen aus der Gruppe ausgeschlossen wird. Ein Ausschluss aus der Gruppe wird als sehr bedrohlich erlebt (wie z.B. an den Folgen von Mobbing zu sehen ist). Normen führen langfristig zur Konformität in festen Gruppen, diese führt zu einer Berechenbarkeit für die Mitglieder. Normen besitzen aber auch einen gewissen Toleranzbereich. Interessant ist hierbei, dass besonders diejenigen Teammitglieder sanktioniert werden, die mehr als die Norm leisten (Streber).

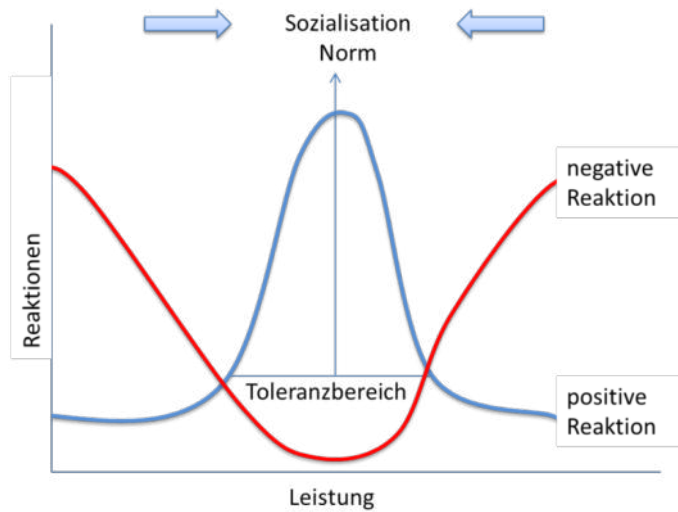


Abbildung 30: Normen und Sozialisierung (Becker 2016, S.71)

Im Arbeitsalltag leiden Gespräche und Teamsitzungen häufig darunter, dass eine beteiligte Person oder auch eine Gruppe einen „verabsolutierten“ Standpunkt vertritt und andere sich aus unterschiedlichen Gründen nicht trauen etwas zu entgegnen (Abbildung 31).



Abbildung 31: Gruppennormen, eigene Darstellung



Gerade in Interprofessionellen Teams kann es sein, dass jede Profession ihre eigenen Normen und Werte entwickelt und deren Bestand in den Vordergrund stellt und andere Werte zur Untugend erklärt.

Aber hinter jeder Untugend, Schwäche bzw. negativer Charaktereigenschaft steckt eine Tugend, Stärke bzw. positive Eigenschaft. So braucht es neben der Konfrontation auch Höflichkeit, um nicht Feindselig zu werden und umgekehrt bewahrt die Konfrontation die Höflichkeit davor, dass sie zur „Friedhöflichkeit“ wird (Schulz von Thun 2004).

Die Kooperation der Gruppe wird jedoch nicht besser, je mehr Akzeptanz, Verständigung etc. ihre einzelnen Mitglieder an den Tag legen, dann wird diese grundsätzlich positive Grundhaltung übertrieben und es kommt zu negativen Effekten. Ein Zuviel an Akzeptanz führt irgendwann dazu, dass nichts mehr hinterfragt oder kritisiert wird (ebenda). Mit Hilfe des **Werte- und Entwicklungsquadrates** kann es uns gelingen, Wertvorstellungen und persönliche Maßstäbe in dynamischer Balance zu halten und in konstruktiver Weise wirksam werden zu lassen. So halten sich die Tugenden in der Waage und verhindern gegenseitig eine Übertreibung.

Dieses von Helwig (1967) stammende Wertequadrat hat Schulz von Thun (1989) für die Belange der zwischenmenschlichen Kommunikation und die Persönlichkeitsentwicklung mit dem Entwicklungsgedanken verbunden (siehe Abbildung 32).

Die Entwicklungsrichtung findet sich in den Diagonalen. Wer die Höflichkeit übertreibt und mit seiner „Fiedhöflichkeit“ jegliche Diskussion erstickt, dessen Entwicklungspfeil zeigt zur Konfrontation. Komplementär empfiehlt es sich für den sehr konfrontativen Streitenden, die Höflichkeit zu entwickeln. Eine positive Veränderung könnte eine glückende Konfrontation, ein Wille zur Entscheidung, zum Diskurs, vielleicht sogar eine Art konstruktiver Kampfgeist sein.

Für Teamfähigkeit bedeutet dies, dass es in einer Situation von starker Teamfähigkeit zeugen kann, andere Meinungen zu akzeptieren und auf Verständigung hin zu wirken. In anderen Situationen kann es genauso teamkompetent sein, die anderen Gruppenmitglieder mit der eigenen abweichenden Meinung zu konfrontieren und Kritik zu üben (Balller, Schaller 2017).

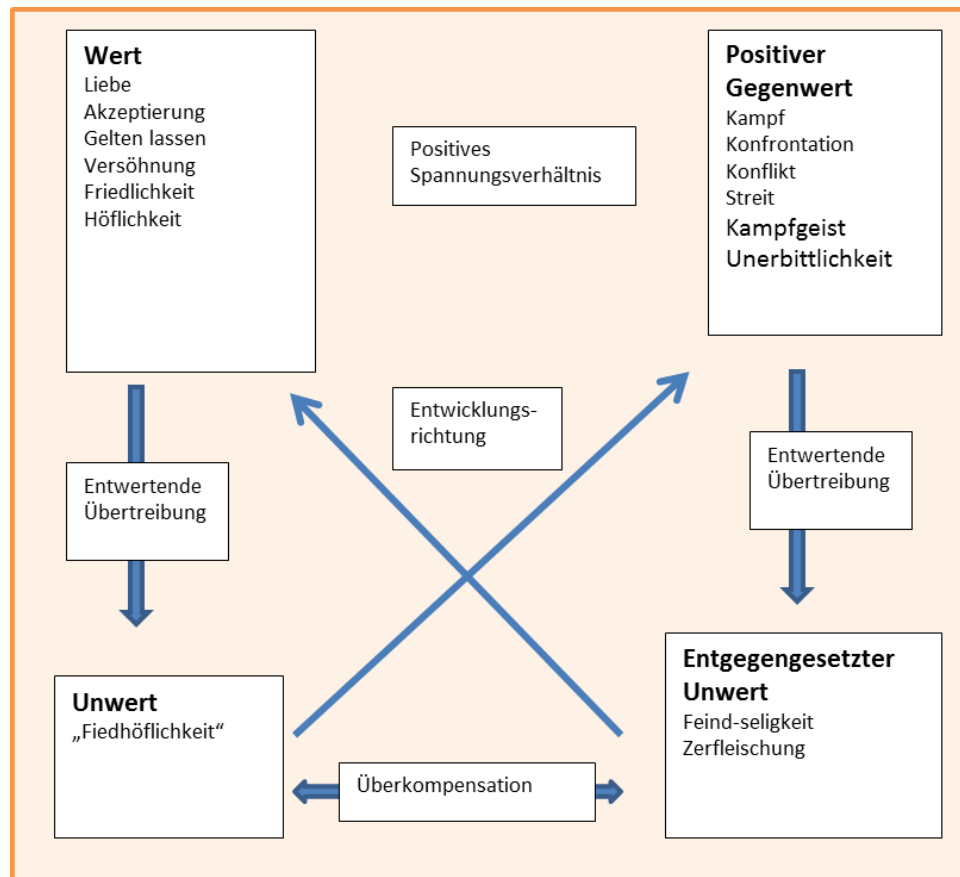


Abbildung 32: Werte- und Entwicklungsquadrat der Kooperation in Teams mit seinen Beziehungen (modifiziert nach Schulz von Thun 2004, S. 47ff)

In Arbeitszusammenhängen ist Verschiedenheit, Diversität notwendig, wie auch bei dem Werte- und Entwicklungsquadrat zu sehen ist. Der amerikanische Soziologe Stark (2011) untersucht in seinem Buch „The sense of dissonance“ Unternehmungen mit wirtschaftlichem Erfolg. Er kommt zu dem Ergebnis, dass neue und erfolgreiche Produkte dann – und nur dann – entstanden sind, wenn die Teammitglieder verschiedene kognitive Schwerpunkte hatten. Er geht noch weiter und stellt auch die qualitative Verbindung zwischen der

kognitiven Diversität und der Innovation her: je größer die kulturelle Distanz zwischen den Teammitgliedern, z.B. durch verschiedene Studienfächer ist, umso höher ist die Spannung im Team, und umso höher ist die Innovation.

Teams mit geringer Diversität haben andere Profite. Die Kommunikation ist effektiver, es gibt weniger Beziehungskonflikte und einen stärkeren Zusammenhalt im Team (Becker 2016). Stereotype und Vorurteile anderen gegenüber werden eher zunehmen und erschweren die berufliche Zusammenarbeit mit anderen Gruppen.

„Toleranz sollte eigentlich nur eine vorübergehende Gesinnung sein: sie muss zur Anerkennung führen. Dulden heißt beleidigen.“

(Goethe www.sasserlone.de/zitat/3139/johann.wolfgang.von.goethe/)

14.3 Einstellungen, Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung im beruflichen Kontext



Wie erklären Sie sich folgenden Sachverhalt: „Ein Vater und sein Sohn wurden in einen Autounfall verwickelt, bei dem der Vater starb und der Sohn schwer verletzt wurde. Der Vater wurde am Unfallort für tot erklärt und sein Leichnam ins örtliche Leichenschauhaus gebracht. Der Sohn wurde mit einem Unfallwagen ins nächste Krankenhaus transportiert und sofort in den Operationssaal der Notfallabteilung gerollt. Es wurde ein Mitglied des Chirurgenteams gerufen. Als es eintraf und den Patienten sah, rief es aus: „Oh Gott, das ist mein Sohn!“ (Jonas, et al. 2014).

Haben Sie die Lösung gefunden? Sie hat mit einem der am häufigsten vorkommenden Stereotypen zu tun. Wenn nicht, finden Sie die Lösung auf der Lernplattform.

Bei der individuellen Ebene der Kooperation, spielen die Persönlichkeitsmerkmale, Werthaltungen, Einstellungen und das Vertrauen eine wichtige Rolle (Balz & Spieß 2009).



Optionale Reflexionsaufgabe: Eigen- und Fremdwahrnehmung

In dieser Reflexionsaufgabe geht es darum, Eigen- und Fremdbilder der sechs Professionen des Studiengangs abzugleichen. Wie beschreibt ein Mensch sich selbst in seinem Beruf mit welchen Persönlichkeitsmerkmalen, und wie sieht er die Personen anderer Berufe?

In einer Studie von McCombie, et al. (2015): „A comparative investigation of personality traits between two allied health professions: Occupational therapy and physiotherapy.“ in Gressmann 2016 wurden 44 Items auf Grundlage der verschiedenen Persönlichkeitsmerkmale der Big Five Inventory (John et al. 1991) entwickelt, um Ergo- und Physiotherapeut_innen auf ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu untersuchen. Der modifizierte Fragebogen (siehe Anlage) ist kein Test mit entsprechenden Gütekriterien, sondern nur ein Reflexionsbogen. 22 arbeitsnahe Items wurden aus verschiedenen Tests (Big Five) ausgewählt. Eine Seite ist für Sie selbst, die anderen Seiten sind je nach Überschrift den anderen Professionen zuzuordnen. Die Bewertungsskala geht von 1-5, 1 bedeutet die Aussage trifft gar nicht zu, 5 sie trifft sehr zu.

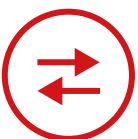
Schritt 1: Reflektieren Sie sich selbst und reflektieren Sie „typische Merkmale“, die Ihrer Berufsgruppe zugeschrieben werden, anhand des Fragebogens bezüglich Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extrovertiertheit, Kompromissbereitschaft und Emotionalität.

Zusätzlich zu den Big Five Inventory wurden zwei gesundheitsberufsspezifische Eigenschaften hinzugefügt: Empathie und Durchsetzungsvermögen.

Die Persönlichkeitsmerkmale werden auf einer Fünfpunkte-Likert-Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme zu) eingeordnet.

Schritt 2:

Online-Forum: Gehen Sie auf der Grundlage des Bogens ggf. darüber in den interprofessionellen Austausch, wie die eigenen und die Bilder der anderen Berufsgruppen sind. Sind Eigen- und Fremdwahrnehmung im Kontrast oder



Gleichklang? Fühlen Sie sich richtig wahrgenommen? Stellen Sie einen Zusammenhang mit Ihrer Berufsidentität her.



Sie finden eine Studienzusammenfassung von McCombie, et al. (2015): „A comparative investigation of personality traits between two allied health professions: Occupational therapy and physiotherapy.“ in Gressmann (2016): „Eine vergleichende Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale zweier verwandter Heilberufe: Ergotherapie und Physiotherapie“ im Anhang. Ebenso Sieger & Gorontzi & Boggatz (2009). Mit Auswertungen der Tagebücher: Selbst- und Fremdbild der einzelnen Berufsgruppen. 2009 Zusammenfassung aus dem Abschlussbericht. Pädea AQiG. Gleichen Sie die Ergebnisse mit den eigenen Erfahrungen ab.

14.4 Begriffsklärung Einstellungen, Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung

Im Folgenden sollen die Sachverhalte zu den Begriffen „Einstellung“, „Stereotype“, „Vorurteile“ und „Diskriminierung“ geklärt werden.

Einstellungen



Bei der Einstellung handelt es sich um eine auf Erfahrungen beruhende (Reaktions-) Tendenz, die sich dadurch ausdrückt, dass man ein Objekt mit Sympathie oder Ablehnung bewertet und behandelt. Eine Einstellung hat einen **kognitiven**, einen **affektiven** und einen **Verhaltensaspekt**. Diese drei Aspekte sind immer gleichzeitig vorhanden und stark miteinander verwoben, wie in der Abbildung 38 zu sehen ist (Hornung & Lächler 1999).

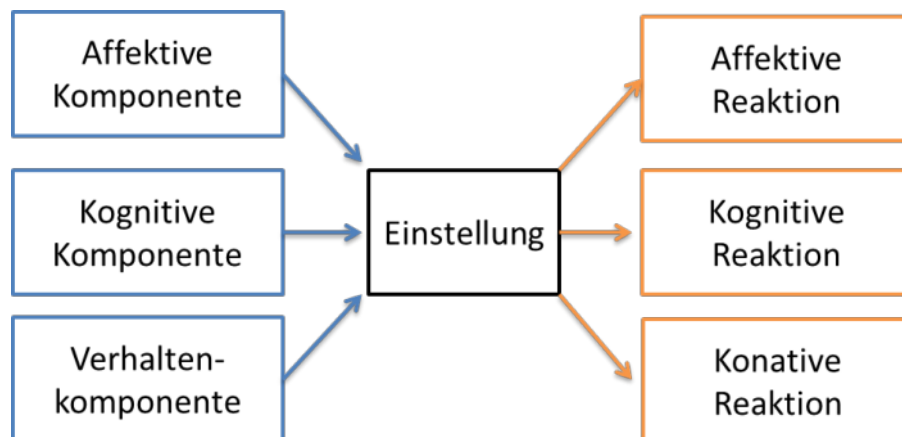


Abbildung 33: Komponenten der Einstellung (Werth & Meyer 2007, S. 206)

Stereotype



Der Begriff des Stereotyps (griech.: stereos – starr, hart, fest und typos – feste Norm, charakteristisches Gepräge) <https://www.ikud.de/glossar/stereotyp-und-vorurteil.html> wurde bereits 1922 von Walter Lippmann in die Sozialwissenschaften eingeführt.



Für ihn sind Stereotype „Bilder in unseren Köpfen, die sich als schablonisierte und schematisierte Vorstellungsinhalte zwischen unsere Außenwelt und unser Bewusstsein schieben“ (Lippmann 1922, in Bierhof; Frey 2006, S. 177).

Ein Stereotyp ist eine mentale Vereinfachung von komplexen Eigenschaften oder Verhaltensweisen von Personengruppen. Merkmale werden identifiziert und in Kategorien eingeteilt. Kategorien können als ein inneres Ablage- und Sortiersystem verstanden werden. Wir unterscheiden Hunde und Katzen, aber auch Menschen mit weißer und mit schwarzer Hautfarbe (Hornung & Lächler 1999). Durch einen bestimmten Wahrnehmungsreiz werden Gedanken wie automatisch aktiviert und unser Verhalten beeinflusst.



Abbildung 34: Modifiziert nach <https://privatpraxisherzberge.files.wordpress.com/2014/09/2-vorurteile.jpg>

Sprachlich zeigen sich Stereotype in Formulierungen wie DIE Westdeutschen, DIE Fahrradfahrer_innen oder DIE Ärzt_innen. Wie die Anderen mit diesen Verallgemeinerungen beurteilt werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Vom sozialen Umfeld, von eigenen Erfahrungen und von Medienberichten. Stereotype werden über Medien schnell und nachhaltig weiterverbreitet (z.B. Ärzt_innen Serien). Unsere Alltagserfahrung lehrt uns, dass identische Charakteristika bei allen Mitgliedern einer Gruppe vorkommen, unabhängig von deren tatsächlichen Unterschieden und Eigenschaften und dies passiert auch wenn wir uns diesbezüglich eigentlich gar kein Urteil erlauben können. Stereotype sind ein Sonderfall des "logischen Fehlers". Wie die unzähligen sonstigen Wahrnehmungsfehler, denen das menschliche Gehirn unterliegt, bestimmen sie das Verhalten der Person und das Miteinander (ebenda). Dadurch wird die Welt zwar überschaubarer, aber leider nicht durchgängig einfacher. Das Schubladendenken, eine willkürliche Kategorisierung, hat den Vorteil der Orientierung, z.B. ist es gut, wenn man im Krankenhaus ist, dass man weiß, wer die Ärzt_in und wer Klient_in ist. Andererseits haben Klient_innen auch

Vorstellungen wie eine Ärzt_in ist (Ärzt_innen aus Serien z.B. Professor Brinkmann) und sind irritiert, enttäuscht oder ohne Vertrauen, wenn die Ärzt_in dem nicht entspricht.

Es gibt **automatische und kontrollierte Informationsverarbeitung** bei Stereotypen (Schmid Mast & Krings 2008). Die Aktivierung eines Stereotyps z.B. „Ärzt_in“ kann dazu führen, dass fast fremde Menschen sich vor der Person entkleiden, um eine Zeckenbissstelle zu präsentieren. Dies geschieht auf dem Boden von mangelndem Hintergrundwissen zu den anderen Gruppen (vielleicht ist die Ärzt_in Psychiater_in). Dieses Hintergrundwissen basiert oft auf dem, was man gelesen oder gehört hat und selten auf eigener Erfahrung. Diese Aktivierung geschieht durch einen erleichterten kognitiven Zugang. Würde ein Stereotyp sich nur so ausbilden, würde das bedeuten, dass wir keine Willensfreiheit haben. Dem ist aber nicht so. Eine kontrollierte Verarbeitung, die der automatischen nachgeschaltet ist, kann erstere modifizieren oder verdrängen. Sie benötigt allerdings kognitive Ressourcen, also einen größeren Aufwand (siehe Abbildung 35).

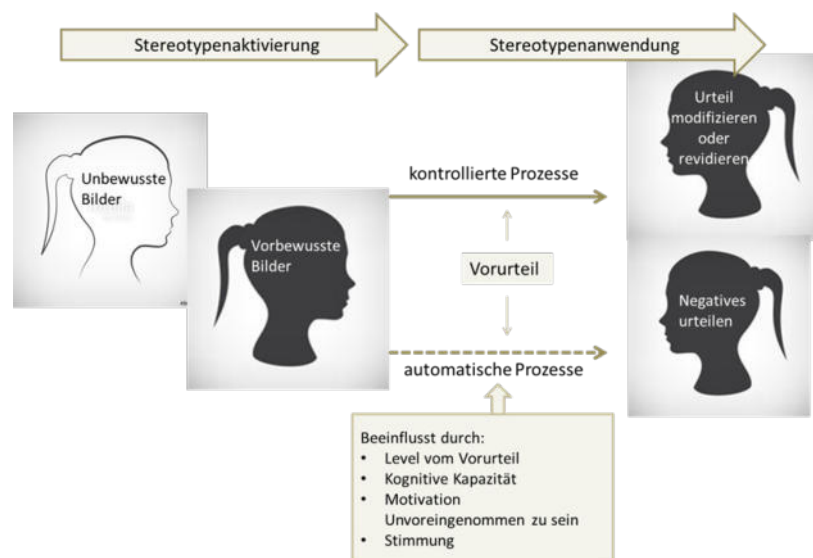


Abbildung 35: Stereotypenaktivierung und -anwendung. Modifiziert Nach Kessler und Mummedy 2007.

Folgende soziale Gruppen sind besonders das Ziel von Stereotypen:

- Religion, Ethnizität, Sprache, Geschlecht, Aussehen, Interessen, Beruf, (Charakter)-Eigenschaften.

Optionale Selbstlernaktivität



Wie eben beschrieben haben wir bei unserem Gegenüber schnell ein Bild im Kopf. Dabei übersehen wir, wie im Werte- und Entwicklungsquadrat dargestellt, dass viele Eigenschaften, die wir augenscheinlich für positiv halten auch negative Ausprägungen haben. Umgekehrt kann man negatives Verhalten auch umdeuten. Allein die Vorstellung, es könnte auch ganz anders sein, ist oft schon sehr wertvoll. Was fällt Ihnen zu den unten stehenden Begriffen ein? Gerne können Sie die Liste mit weiteren Eigenschaften ergänzen. Versuchen Sie es doch mit Eigenschaften, die Sie z.Z. gerade bei einer Person besonders „nerven“, was besonders durch die unausweichliche Situation in der Zusammenarbeit häufiger vorkommt. Durch ein solches Wahrnehmungstraining lassen sich Stereotype entlarven und eindämmen.

Tabelle 12: Wahrnehmungsselbsttraining (modifiziert nach Mahlmann 1998, S.106 ff)

Spontane negative Einschätzung	Positive Umdeutung	Situationen, in denen diese positiven Eigenschaften günstig sein können
aufbrausend		
pedantisch		
aufsässig		
.....		



Abbildung 36: Stereotype. <https://ladyrika.wordpress.com/2013/07/30/stereotypes/>

Folgende Fragen können zur Überprüfung von eigenen Stereotypen unterstützen:

- Habe ich besonders hohe Erwartungen, Anforderungen oder besonderes Vertrauen gegenüber manchen Personen(gruppen), ohne rechtfertigende entsprechende Fähigkeiten oder Verantwortlichkeit mir gegenüber?
- Wann werte ich manche Menschen wegen einzelner Merkmale ab?
- Was denke ich von anderen Professionen im Interprofessionellem Team?
- Sind mir eigene Stereotype bewusst? Stichwort Schubladendenken.
- Kann ich im Einzelfall davon abweichen?
- Die Fragen werden in der Web-Konferenz unter den Aspekten diskutiert:
- Habe ich besonders hohe Erwartungen, Anforderungen oder besonderes Vertrauen gegenüber manchen Personen(gruppen), ohne rechtfertigende entsprechende Fähigkeiten oder Verantwortlichkeit mir gegenüber?
- Wann werte ich manche Menschen wegen einzelner Merkmale ab?

- Was denke ich von anderen Professionen im interprofessionellen Team?
- Sind mir eigene Stereotype bewusst?
- Kann ich im Einzelfall davon abweichen?
- Fühle ich mich richtig wahrgenommen?
- Gibt es einen Zusammenhang zur Berufsidentität?

Götz, M. 2013: Und täglich grüßt das Stereotyp. Warum sich bei den Geschlechterstereotypen so wenig bewegt und bewegen wird. 26/2013/2 Television S.59-63

Exkurs: Geschlechter Diversität Stereotyp Frau, Mann



„Was für ein schwacher Mann – das ist doch keine Führungskraft!“, „So eine herrische Frau – ganz unweiblich!“ Ob wir ein Verhalten als typisch männlich oder typisch weiblich einschätzen, resultiert daraus, wie wir es wahrnehmen und bewerten – sprich, in welche Schublade wir denjenigen stecken.

Welche Unterschiede (neben den biologischen) gibt es zwischen den Geschlechtern? Welchen Einfluss hat die Diversitätsdimension Gender auf die Zusammenarbeit? Diese Fragen werden immer auch dann gestellt, wenn es zu Schwierigkeiten zwischen Mann und Frau kommt. Sofort tauchen Stereotype auf: der Mann ist ein Einzelkämpfer, die Frau arbeitet am liebsten im Team. Was für Effekte das Geschlecht der Teammitglieder auf die Zusammenarbeit hat ist ein ideologisch umkämpftes Thema (Becker 2016).

Auf Basis des **Ähnlichkeits-Attraktions-Paradigmas** kann zunächst angenommen werden, dass Frauen in Teams mit steigendem Frauenanteil und Männer in Teams mit steigendem Männeranteil zufriedener werden. Auf Grundlage der sozialen Identitätstheorie würde man eher vertreten können, dass das sehr visible Merkmal ‚Geschlecht‘ zu einer erhöhten sozialen Kategorisierung in der Ingroup und zu einer Abneigung der Fremdgruppe führt. Tatsächlich arbeitet jede dritte Frau lieber mit Frauen zusammen und jeder

dritte Mann mit Männern (Randstand Studie Arbeitsbarometer 2016). Die Studie wird in 33 Ländern vierteljährlich durchgeführt, und fokussiert auf aktuelle Fragestellungen in der Arbeitswelt. Thema dieser Ausgabe: Zusammenarbeit von Frauen und Männern. 77 Prozent der Arbeitnehmer_innen in Deutschland bevorzugen immerhin gemischte Teams, Deutschland ist damit gemeinsam mit Österreich (73 %) das Schlusslicht im europäischen Vergleich. Inzwischen gehen Wissenschaftler von Vor- und Nachteilen bei der Zusammenarbeit bei Geschlechter Diversität aus (Hamilton et al. 2012 in Becker 2016). Wie bei allen Diversitäten kommt es in heterogenen Gruppen zu mehr Diskussionen und Prozessverlusten, in homogenen Teams fehlt die Perturbation des Konstruktes durch vielfältige Kompetenzen und neue Gedanken.

Im täglichen Leben und in professionellen Zusammenhängen sind wir konfrontiert mit unterschiedlich geprägten Geschlechtsidentitäten. Judith Butler hebt die Kategorie „Frau“ und „Mann“ ganz auf. *„Die Diskussion männlicher und weiblicher Geschlechtsidentität als kulturelle Konstrukte, die sich ursprünglich vor allem auf die sozialen Aspekte der Geschlechterrolle (<<gender>>) bezog, stellt inzwischen auch die <<naturgegebene>>, biologische Geschlechtsidentität (<<sex>>) in Frage und weist nach, wie männliche und auch weibliche Körperlichkeit und deren Wahrnehmung bis hinein in elementare Körpermuster kulturell konstruiert werden.“* (Butler 1991, S. 24) Das heißt, dass bereits im Augenblick der Geburt die jeweiligen Geschlechter zum Klassifikationsmerkmal werden, wobei das sichtbare Geschlechtsorgan die Zuschreibung bestimmt. Durch den Namen und den Eintrag in den Personalausweis wird die geschlechtliche Identität zum kaum veränderbaren Bestandteil der Person, in der die Person von außen wahrgenommen und bestätigt wird, aber die sie auch selbst zur Orientierung in der Welt braucht. Alle Körperimpulse und Empfindungen werden auf dem Boden der geschlechtlichen Identität interpretiert und in der Interaktion bestätigt (Großmaß 2004).

Die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist besonders durch die Tradition der Berufe als „Frauen- und Männerberufe“ geprägt. Historisch entwickelte sich die Unterscheidung zwischen „professioneller Medizin“ und „semi-profes-

sionellen Pflege- und Therapieberufen“ als deren Hilfsberufe, mit den Vorstellungen von Rationalität bei der Medizin und Fürsorglichkeit bei den „Hilfsberufen“ (Sander 2012). Geschlechtsunterschiede werden u.a., dann bedeutsam, wenn die Weisungshierarchie unklar ist. Ein Beispiel könnte der unerfahrene Stationsarzt und die erfahrene Stationsschwester sein. Weiblichkeit wird besonders positiv bewertet, wenn sie sich in der Fürsorglichkeit bei Klient_innen ausdrückt. Problematisch ist es, wenn Frauen Karriere machen möchten, da haben sie noch immer geringere Aufstiegschancen. Auch wenn die Professionalisierung der Pflege und Therapieberufe und Veränderungen auch in den Geschlechterverhältnissen bemerkbar sind, benennt Sander (2012) Frauen in interprofessionellen Teams als „blinde Passagiere“. „Für die Weiterentwicklung der interprofessionellen Arbeit im Krankenhaus müssen die Geschlechterbilder- die eng mit den Berufen und ihrer gemeinsamen Entwicklungsgeschichte verbunden sind – mehr zum Thema gemacht werden.“ (Sander, 2012, S. 34)

14.5 Vorurteile

Beim Vorurteilsbegriff handelt es sich um einen Begriff aus der Alltagssprache, der sich schon lange in den Sozialwissenschaften etabliert hat (Petersen, Six 2008).



In einer Begriffsbestimmung von Allport (1954) wird in Petersen und Six 2008, S.109 „das Vorurteil als ablehnende oder feindselige Haltung“ definiert. Die Mehrzahl bestehender Vorurteilsdefinitionen konzentriert sich in der Psychologie auf diesen negativen Aspekt, da diese Inhalte eher als positive Vorurteile, schädigende Wirkung nach sich ziehen.

Hat ein Stereotyp vor allem eine kognitive Komponente, kommen beim Vorurteil affektive Komponenten, negative Gefühle dazu. Die Stärke der Emotion kann von leichtem Unwohlsein bis zur offenen Feindseligkeit gehen, z.B. Verachtung gegenüber Ausländern und der Behauptung sie seien kriminell. Positive Vorurteile werden oft als Eigenschaften verstanden. In der Wirtschaft

und Werbung spielen positive Vorurteile eine große Rolle, denkt man z.B. erst einmal von einem Anbieter er biete vor allem billige Ware an, kann man dieses Vorurteil nutzen und gar nicht mehr so günstig sein (ebenda).

Die Grenze zwischen harmlosen Witzeleien und verletzenden Vorurteilen ist fließend. Selbst der dümmste Blondinen Witz hinterlässt seine Spuren und prägt sich fest in unser Gehirn ein und manche Blondine hat große Mühe zu beweisen, dass sie intelligent ist.



Abbildung 37: Witze mit Stereotypen <http://www.bpb.de/>

Aufrechterhaltung von Vorurteilen

Können Stereotypen durch kognitive Kontrolle eingedämmt werden, so ist dies bei Vorurteilen wesentlich schwieriger. Vorurteile sind weder begründbar noch widerlegbar – sie seien schwerer zu spalten als Atome, soll Albert Einstein gesagt haben. Selbst sehr deutliche Statistiken helfen nicht sie außer Kraft zu setzen. Wenn sich Vorurteile erst mal etabliert haben, ist es schwer sie zu überwinden. Bei widersprechenden Informationen neigen wir dazu, sie vorurteilsgerecht hinzubiegen. Für Informationen, die nicht zu einem Vorurteil passen wird kurzerhand eine neue Kategorie gebildet (Subkategorie) und das alte Vorurteil bleibt erhalten. Beispielsweise wenn Frauen für jemanden Heimchen am Herd sind, fallen dabei natürlich einige Frauen aus dem Muster. Doch anstatt erfolgreicher Frauen mit einzubeziehen und die Schublade zu erweitern, wird eine neue Kategorie geöffnet. Da eine erfolgreiche Frau nicht in das ursprüngliche Heimchen-Klischee passt, wird für sie die Gruppe der Karrierefrau

geschaffen. So bekommt die erfolgreiche Frau einen neuen Stempel, und dass ursprüngliche Stereotyp bleibt unverändert bestehen (ebenda).

Eine **Illusorische Korrelation** ist die Neigung, Beziehungen zwischen Phänomenen zu "sehen", die tatsächlich nichts miteinander zu tun haben oder zumindest nicht in dem angenommenen Ausmaß. Beispielsweise haben viele Eltern Angst davor, ihre Kinder alleine in die Schule gehen zu lassen. Sie glauben, dass der Straßenverkehr heute so viele Gefahren birgt wie nie zuvor. Statistisch lässt sich das zwar nicht beweisen, und doch erliegen Eltern gerne der illusorischen Korrelation, dass die Zunahme von dem Verkehr auch mit der Zunahme von Unfällen einhergeht, bei denen Kinder zu Schaden kommen. Der Grund dafür ist, dass bestimmte Ereignisse auffälliger (salienter) sind als andere – in diesem Fall eben tragische Verkehrsunfälle, bei denen Kinder zu Schaden kommen. Sie werden von Massenmedien meist besonders prominent behandelt.

Vorurteile können zur **selbsterfüllenden Prophezeiung** werden (siehe auch hier die Variante Pygmalioneffekt). Damit ist gemeint, dass die falsche Definition einer Situation, diese so verändern kann, dass die Definition schließlich zutrifft (Hornung & Lächler 1999). Nehmen wir an, Sie halten eine Kollegin für unorganisiert und treffen Sie am Kopierer. Ein Gedanke „Oh, das wird jetzt wieder dauern“ zeigt sich in feinen körperlichen Signalen, z.B. einem genauen Blick, einer nervösen Atmung. Die Kollegin nimmt unbewusst die Signale auf, sie wird nervös und kommt mit ihren Kopiervorlagen durcheinander. Sie ist unorganisiert.

Wenn Menschen mit beobachteten bzw. erlebten Missständen und Unglücken konfrontiert werden, mit Opfern von Krankheiten, Unfällen, Katastrophen, ist nicht generell Sympathie zu erwarten, sondern Abwehr und Schuldvorwürfe. Die Tendenz, einer Person, der ein Schicksalsschlag widerfährt, zumindest eine Teilschuld zu geben, nennt man „**blaming the victim**“. Die meisten Menschen können es sich ihrer eigenen mentalen Gesundheit zu liebe gar nicht erlauben, davon auszugehen, dass ihr Schicksal und das Schicksal anderer im Großen und Ganzen vom Zufall bestimmt wird (Ryan 1971).

Funktionen von Vorurteilen

Vorurteile haben wie Stereotype eine Orientierungsfunktion. Sie ermöglichen zudem eine schnelle Anpassung an die jeweiligen (sozialen) Lebensbedingungen, z.B. die vorherrschende Meinung, Wert- und Normvorstellungen und Handlungsregeln. Sie haben auch eine Abgrenzungs- und Identitätsfunktion, so entsteht in Gruppen ein Wir-Gefühl. Vorurteile, die sozial geteilte oder sogar sozial erwünschte Eigenschaften beinhalten, dienen der Selbstdarstellung vor der sozialen Umwelt. Mit Hilfe von Vorurteilen kann man sich als Wissende_r, als Kenntnisreiche_r, als kompetent Urteilende_r vor anderen präsentieren, vorausgesetzt die vorurteilsbehafteten Einstellungen werden von der Zuhörerschaft geteilt. Das starre Beibehalten eines Vorurteils muss dem Menschen auch einen psychischen Gewinn bringen. So dienen Vorurteile der Abwehr von Angst, Schuldgefühlen, innerpsychischen Konflikten und von Selbstkritik und dienen dadurch dem Erhalt eines positiven Selbstbildes (Hornung & Lächler 1999).

Wer sind Objekte von Vorurteilen?

Bestimmte Berufsgruppen, z.B. Beamte oder Randgruppen in einer Gesellschaft, z.B. Obdachlose und alle Gruppen von Menschen, die nicht unserer Norm entsprechen (Sozialhilfeempfänger, Straftäter, Drogenabhängige).

Abbau von Vorurteilen

Der Abbau von Vorurteilen ist wie beschrieben nicht einfach. Es geht auch hier darum das eigene Einstellungskonzept zu reflektieren. Dies trifft auch auf eine der wirkungsvollsten Techniken zu, das Rollenspiel, bei dem die beteiligten Personen durch eine Art Perspektivenübernahme lernen, Erfahrungen und Gefühle anderer möglichst realistisch nachzuvollziehen. Eine Möglichkeit dazu besteht in der Supervision, z.B. bei Konflikten im Team.

Eine wichtige Frage in der Forschung war es, ob es durch einen Kontakt zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Gruppen zur Reduzierung von Vorurteilen kommt oder sogar das Gegenteil passiert, dass sich die Vorurteile verhärten (**Kontakthypothese**) (Stürmer, St. in Peterson, Six 2008). Die Wirkung von

Kontakt reduziert sich nach den bisher bekannten Untersuchungen (Pettigrew, 1998) auf Bedingungen des persönlichen Kontakts zwischen Personen gleichen Status, die an Kooperation interessiert sind und deren Kontaktaufnahme soziale Unterstützung erfährt (siehe Eigengruppe, Fremdgruppe).

Zumindest experimentell belegt sind Strategien, der Vorurteilsänderung durch Re-Kategorisierung, De-Kategorisierung und Sub-Kategorisierung, die bereits auch schon dargelegt wurden. Eine weitere Möglichkeit besteht in einem **Training der Unsicherheitstoleranz**. Dies ist die Fähigkeit, es möglichst lange zu ertragen, in der Einschätzung eines Menschen unsicher zu sein. Hier kann man auf die kognitive Verhaltenstherapie zurückgreifen, die sich viel mit Unsicherheiten (Ängsten) beschäftigt und Möglichkeiten des Trainings entwickelt hat. Gespräche mit Freunden und Kollegen zu suchen kann auch sinnvoll sein, um über die Wirkung seines eigenen Handelns Rückmeldung zu bekommen (siehe 360 Grad Feedback).

14.6 Diskriminierung



Nach W. Allport 1954 in Petersen, Six 2008 S.161 liegt Diskriminierung vor, „wenn einzelnen oder Gruppen von Menschen die Gleichheit der Behandlung vorenthalten wird, die sie sich wünschen.“

Diskriminierendes Verhalten ist ein unangemessenes und ungerechtfertigtes Verhalten gegenüber Personen oder Gruppen ausschließlich aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe. Es werden Eigenschaften zugeschrieben, die diese Personen von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden. Bei der Diskriminierung handelt es sich in der Regel, nicht um reale Gruppen, deren Mitglieder einander kennen, sondern um gesellschaftlich wirkungsmächtige Gruppenkonstruktionen. Die Ungleichbehandlung wird dabei nicht nur von Personen (**individuelle Diskriminierung**), sondern auch von Institutionen (**institutionelle Diskriminierung**) ausgeübt. Die Praktiken der Diskriminierung

reichen von Beschimpfungen und Beleidigungen bis hin zur Anwendung körperlicher Gewalt, zur Boykottierung von Geschäften, Ausgangssperren, ungleiche Bezahlung für gleiche Arbeit etc. (Fiske, 1998).

Man wird Vorurteile ohne Diskriminierung und – umgekehrt – Diskriminierung ohne Vorurteile nicht finden. Zwischen beiden besteht eine Wechselwirkung.



Pettigrew und Mertens (1995) in Petersen, Six 2008 unterscheiden zwischen **offenen und subtilen Vorurteilen**. Offene Vorurteile sind verbunden mit starken negativen Gefühlen und führen zur direkten Diskriminierung auf der Verhaltensebene. Offene Vorurteile werden mit einer Gefahr für das eigene Wohlergehen assoziiert. Dadurch wird der Kontakt vermieden und dem anderen so wenig Macht und Rechte eingeräumt wie möglich. Subtile Vorurteile sind nicht so stark emotional ausgeprägt und führen nur zu diskriminierenden Verhaltensweisen, wenn sie im gegenwärtigen Umfeld den Normen entsprechen oder wenn durch Autoritäten dazu aufgefordert wird (ebenda).

Abbau von Diskriminierung



Diskriminierung sollte nicht allein als eine Folge von individuellen Einstellungen oder kollektiven Denkweisen zurückgeführt werden. Vielmehr handelt es sich um ein komplexes System sozialer Beziehungen, in dem diskriminierende Unterscheidungen entstehen und wirksam werden (Scherr, A. 2016). „Um *politisch, rechtlich oder pädagogisch wirksame Maßnahmen gegen Diskriminierung zu entwickeln, genügt es deshalb nicht, eine generelle Haltung der Toleranz einzufordern sowie individuelle Rechtsansprüche auf Diskriminierungsschutz zu gewährleisten.*“ (ebenda, S.1)

Ein angemessenes Verständnis der gesellschaftlichen Strukturen und sozialen Praktiken darüber ist unerlässlich. Ein zentrales Element aller Strategien gegen Diskriminierung ist die Forderung, Gleichbehandlung konsequent durchzusetzen.

In der Forschungsarbeit von Scherr et al. 2015 werden drei grundlegende Maßnahmen eingefordert:

- Erstens gilt es als unverzichtbar, nicht nur wirksame rechtliche Sanktionen gegen Diskriminierung zu verankern, sondern auch ein gesellschaftliches Problembewusstsein zu stärken sowie durch politische Kampagnen zu verankern.
- Zweitens wird die verbindliche und überprüfbare Verankerung von Antidiskriminierungskonzepten in Organisationen eingefordert, etwa durch Trainings- und Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Einrichtung von Beschwerdestellen, sowie die Implementierung von Diversity-Konzepten.
- Drittens ist das Empowerment der Betroffenen durch ihre Aufklärung über die rechtlichen Möglichkeiten und ihre Unterstützung durch qualifizierte Beratungsstellen wichtig (Scherr 2016 Bundeszentrale für politische Bildung).

Währet den Anfängen: Lästern

Lästern ist ein ernst zu nehmendes Problem, es ist eine indirekte verbale Aggression. Lästern trägt zur Selbsterhöhung der eigenen Person bei und entsteht bei empfundener Machtlosigkeit sowie bei einem Gefühl von geringer Wertschätzung.

Oft wird Lästern bagatellisiert und als Druckentlastung oder als Mittel zur Stressreduktion im hektischen Alltag begründet. Doch so harmlos ist Lästern nicht. Kollegen bekommen die Stimmung indirekt mit (Tewes 2010). Zudem können Prozesse in Gang gesetzt und verbreitet werden, die zu Vorurteilen und Diskriminierung führen. Kommt es außerdem zu andauerndem Sarkasmus, Ignorieren, Sabotage oder Ausgrenzung, ist diese Form von horizontaler Feindseligkeit **Mobbing**. Dies hat für die Opfer verheerende körperliche und seelische Folgen. Das Problem ist, dass der Konflikt der dahinter steht wird nicht offen ausgesprochen und kann von daher auch nicht in Angriff genommen werden.

Auch Organisationen können das Lästerverhalten fördern, wenn Mitarbeiter_innen nicht mit offiziellen Informationen versorgt werden.



Einst wandelte Sokrates durch die Straßen von Athen. Plötzlich kam ein Mann aufgeregt auf ihn zu. „Sokrates, ich muss dir etwas über deinen Freund erzählen, der...“

„Warte einmal,“ unterbrach ihn Sokrates. „Bevor du weitererzählst – hast du die Geschichte, die du mir erzählen möchtest, durch die drei Siebe gesiebt?“

„Die drei Siebe? Welche drei Siebe?“ fragte der Mann überrascht.

„Lass es uns ausprobieren“, schlug Sokrates vor.

„Das erste Sieb ist das Sieb der Wahrheit. Bist du dir sicher, dass das, was du mir erzählen möchtest, wahr ist?“ „Nein, ich habe gehört, wie es jemand erzählt hat.“

„Aha. Aber dann ist es doch sicher durch das zweite Sieb gegangen, das Sieb des Guten? Ist es etwas Gutes, das du über meinen Freund erzählen möchtest?“ Zögernd antwortete der Mann: „Nein, das nicht. Im Gegenteil...“

„Hm,“ sagte Sokrates, „jetzt bleibt uns nur noch das dritte Sieb. Ist es notwendig, dass du mir erzählst, was dich so aufregt?“ „Nein, nicht wirklich notwendig,“ antwortete der Mann.

„Nun,“ sagte Sokrates lächelnd, „wenn die Geschichte, die du mir erzählen willst, nicht wahr ist, nicht gut ist und nicht notwendig ist, dann vergiss sie besser und belaste mich nicht damit!“

[Quelle: http://arbeitsblaetter-news.stangl-taller.at/die-drei-siebe-des-sokrates](http://arbeitsblaetter-news.stangl-taller.at/die-drei-siebe-des-sokrates)

Eine Rolle ist von anderen Rollen klar abgegrenzt, d.h. jede Rolle umfasst die ihr eigenen Rechte und Pflichten (z.B. Lehrerrolle - Schülerrolle). Sie ist auf die Rolle anderer Personen abgestimmt und angewiesen, wobei sich diese Rollen gegenseitig ergänzen (z.B. Logopäd_innenrolle – Klient_innenrolle; Elternrolle - Kinderrolle; Schüler_innenrolle – Lehrer_innenrolle). „Eine Rolle existiert unabhängig vom Rollenträger. Sie besteht aus allgemeinen Erwartungen, die der Rollenträger erfüllen muss. Darüber hinaus kann der Rollenträger

die Rolle aber individuell ausgestalten.“ (Prändl 2011, o. S.) So können den verschiedenen Berufsgruppen und den Klient_innen erwartete Verhaltensweisen zugeschrieben werden, die sich als unabhängig von der Persönlichkeit des Einzelnen erweisen, und in Abhängigkeit zu Erwartungen der Institution stehen.

Jede Gruppe bildet parallel zur formellen Struktur (äußerer Rahmen, z.B. Hierarchie) eine innere, informelle Struktur aus. Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten Rollen in der Gruppe zu beschreiben. Wer die Zusammenarbeit analysiert, betrachtet weniger die erwartete Rolle, sondern das tatsächliche Rollenverhalten. Aus der Diskrepanz zwischen dem erwarteten (zum Beispiel im Konzept der Station festgelegte Rollen) und dem tatsächlichen Rollenverhalten lassen sich Störungen wie zum Beispiel eine **Rollendiffusion** erklären.

Einerseits können Teammitglieder eine oder mehrere Rollen übernehmen, andererseits kann die gleiche Teamrolle auch von mehreren Teammitgliedern eingenommen werden. Letztendlich ergibt sich der Erfolg des Teams aus den Anforderungen an das Team und ob die Teamrollen dazu passend besetzt sind und ausgeführt werden. Rollen sind an Situationen gebunden und müssen in ihnen aktualisiert werden. Sie beziehen sich auf komplexe, inhaltlich miteinander verknüpfte Situationen, die für das Rollenverhalten ein Feld möglicher Interaktionen bieten (Höflich 1984).

Beispiel:

In einem interprofessionellen Team teilt die Leiterin den Gruppenmitgliedern am Montagmorgen mit, was die anstehenden Aufgaben für den Tag sind. Zwei der sieben Gruppenmitglieder äußern ihre Meinung dazu die anderen sitzen nur schweigend da. Auch im Wochenverlauf ändert sich diese Konstellation nicht. Die Leiterin ist in der Reflexion mit der Situation sehr unzufrieden. Sie schlägt deshalb am nächsten Morgen vor, die Arbeitsbesprechung anders zu gestalten. Jede Mitarbeiter_in soll abwechselungsweise die Leitung der Arbeitsbesprechung übernehmen. Nach einigen Anfangsproblemen wurden die Gruppenmitglieder zunehmend lebhaft.

Durch die wechselnde Gesprächsleitung werden in diesem Beispiel gewohnte Rollen in der Gruppe aufgebrochen und Entwicklung kann stattfinden.

Besonderheiten der Rollen im interprofessionellen Team



Abbildung 38: <https://www.watchtime.net/uhren-wissen/warum-ein-uhrwerk-fluegel-braucht/>

Wir stellen uns die Zusammenarbeit im Team oft wie dieses wunderschöne Uhrwerk vor, indem alle Rädchen geschmeidig ineinandergreifen. Die Rollen im Team halten die „Aufgabenmechanik“ am Laufen und sollten verzahnt ineinandergreifen.

Ein Uhrwerk muss gewartet und eingestellt werden, damit es gut und genau läuft. Diese Notwendigkeit besteht auch für die Rollen im Team. Doch auch wenn die Arbeit „falsch läuft“ werden in der Regel Rollen nicht den Erfordernissen entsprechend justiert. In der Teamarbeit werden Rollen selten bewusst reflektiert und ausgehandelt, mit dem Ergebnis, dass Arbeitsaufgaben nicht mehr effektiv ausgeführt werden können. Ein ineffektives Team hat normalerweise ein größeres Ungleichgewicht bezüglich der Rollen. Beispielsweise kann eine Moderator_in in einem Team mit vielen dominanten Mitarbeiter_innen ihre Rolle und die damit verbundenen Aufgaben möglicherweise schwerer erfüllen.

Kennzeichnend für Krankenhäuser sind u.a. eine steile Hierarchie und stabile und unflexible Rollengefüge. Rollen haben für die Kommunikation in Institutionen die wichtige Funktion, den Kommunikationsprozess dem Zufall zu entheben und damit zu einem geordneten, überschaubaren und kalkulierbaren Prozess zu machen. Umso mehr ein interprofessionelles Team zusammenarbeitet desto mehr kommt es zu rollenübergreifendem Handeln. Dies bildet die

Grundlage für die funktionale Rollenübernahme in einem gemeinsamen Arbeitsfeld und muss durch die spezifischen Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiter_innen geprägt werden. Durch die rollenübergreifende Vernetzung von Wissen und Erfahrung entdecken alle Mitarbeiter_innen neue Möglichkeiten, erlernen Neues für eine ganzheitliche Betrachtung und Behandlung von Klient_innen, aber auch für eine Entlastung untereinander. Arbeitsentlastung durch Kooperation und Koordination wird nur in einer guten Arbeitsorganisation, Kommunikation und Zusammenarbeit im Team umsetzbar.



Reilly 2001 beschreibt fünf Merkmale (Rollen, Strategien) des beruflichen Selbstverständnisses in der interprofessionellen Zusammenarbeit:

Role extension: sich eigener Stärken bewusst sein, Statusbehauptung.

Role enrichment: sich gegenseitig bereichern, Akzeptanz.

Role expansion: gemeinsames Vorgehen, berufliche Weiterentwicklung.

Role releas: Übernahme von Techniken der anderen Berufsgruppen, Co-Therapien.

Role support: Die andere Pflegekraft, Therapeut_in unterstützen, anleiten.

Bei diesem Ansatz kann es jedoch auch zu einem Verwischen, zu einer Unschärfe der Rollen kommen (**Role blurring**).



Überlegen Sie, ob Sie dem Ansatz von Reilly 2001 und den dabei beschriebenen Rollen zustimmen oder nicht. Listen Sie die Vor- und Nachteile für Ihren Arbeitsbereich auf (für jede Strategie/Rolle):

Vorteile und Nachteile. Andererseits wird eine eindeutige Rollenklarheit bei Walkenhorst 2016 als ein Merkmal der beruflichen Identität genannt. Carron und Hausenblas (1998) bringen die Rollenklarheit mit den anderen Rollenkonzepten in Verbindung und behaupten, dass die Rollenklarheit und die darauf folgende Rollenakzeptanz zusammen zu einer besseren Teamleistung sowie Effektivität führen können. Die klare Rollenverteilung in einem Team und das Einverständnis mit den entstandenen formellen und informellen Rollen führt

zu einer besseren Kohäsion innerhalb der Gruppe bzw. zu einer höheren Leistungsfähigkeit (Weinberg & Gould, 2011). Dies bedeutet für das interprofessionelle Team, dass in Teamsitzungen mehr Zeit darauf verwendet werden muss, jeweils situationsbezogen Rollen und Aufgaben auszuhandeln und festzulegen.

Das Rollenverhalten von Mitarbeiter_innen ist für einen Teamentwicklungsprozess von großer Bedeutung. Das Ziel ist es, dass die Teammitglieder wechselseitig ihre Rollen klären und ein besseres Verständnis für diese Rollen und die damit verbundenen Aufgaben, Rechte und Pflichten entwickeln. Nicht zu vergessen: Das Benennen und Diskutieren der unterschiedlichen Rollen helfen, gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung zu fördern. Auch und gerade, weil der Umgang mit diesen, für die Teamarbeit nötigen, Unterschieden nicht immer angenehm ist, besteht die Gefahr von Konflikten. Vermeidet man die Diskussion über Rollen, kann es passieren, dass sich Einzelne auf den Einsatz anderer ausruhen, die **Alpha-Typen**, sich für unentbehrlich halten, die **Dauer-Bedenkenträger** die Motivation der Gruppe senken oder Teammitglieder sich zurückhalten und sich scheuen, ihre eigene Meinung deutlich zu machen. Die Anpassung an die Gruppenmeinung ist dann oberflächlich. In solchen Teams werden die Rollenkonflikte oft auf der Sachebene ausgetragen werden, was zu unergiebigem Diskussionen ohne Ergebnis führen kann.

Voelker 2011 unterscheidet im Wesentlichen zwei Rollenkonzepte: Das **strukturfunktionalistische** und das **Symbol-interaktionistische Rollenkonzept**. Der zentrale Unterschied der Konzepte liegt in der Ambivalenz, die im Umgang mit sozialen Rollen ausgelöst wird. Einerseits muss ein zwischenmenschliches Gefüge funktionieren, andererseits ist es auch wichtig eigene Gestaltungsräume zu haben (ebenda), (siehe auch dazu Teamstruktur als Orchester oder Jazzband).

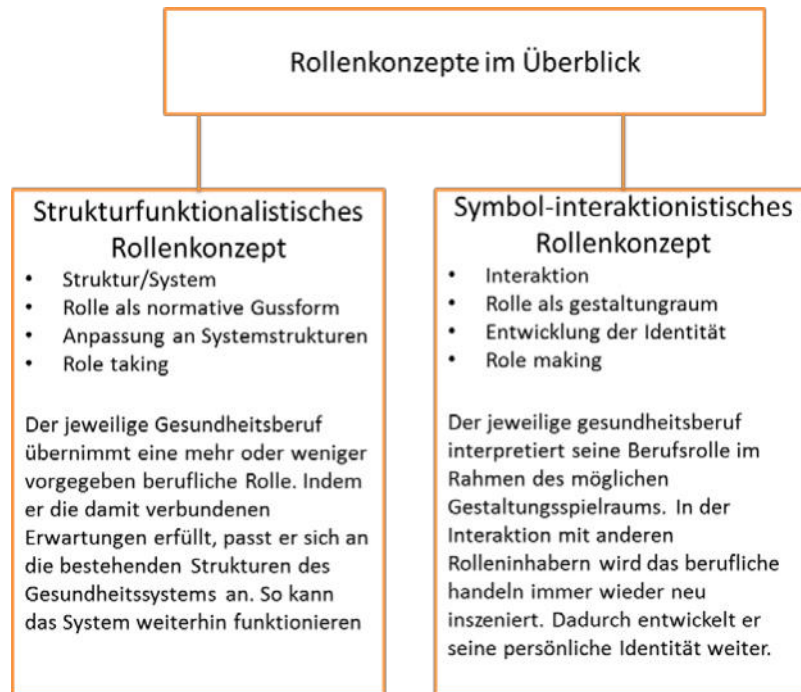


Abbildung 39: Rollenkonzepte modifiziert nach Edele 2011, S. 97

Sottas 2011 nennt für die Gesundheitsberufe bezugnehmend auf ein kanadisches Modell die Rolle als Experte_in, die Rolle als Kommunikator_in, als Teamworker_in, als Manager_in, als Health Asvocate, als Lernende_r und Lehrende_r und als Professionsangehörige_r.

In dem **Kompetenzmodell der Schweizer Physiotherapieausbildung** wird dies bei Buss in Völker (2011), S. 124 wie folgt dargestellt:

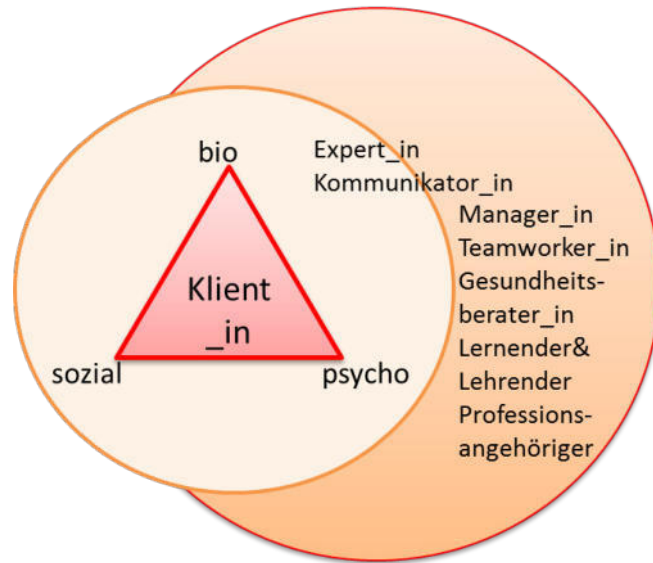


Abbildung 40: Rollenmodell eines Gesundheitsberufes modifiziert nach Buss (2011) S.124

Kriterien der Macht und Rangordnung in Gruppen



Die Begriffe Macht und Struktur sind miteinander eng verbunden. „*Denn wenn jede Struktur Macht, d.h. Ungleichheiten, Abhängigkeitsbeziehungen, Mechanismen der sozialen Kontrolle voraussetzt, schafft und weiterführt, so kann man genauso gut behaupten, dass es keine Macht ohne Strukturen geben kann.*“ (Crozier & Friedberg 1979 S.18). Von dem Grad der Machtstrukturen einer Organisation hängt der Grad der Handlungsfreiheit des Einzelnen ab. Durch die Freiheit oder Beschränkungen im Handeln sind die Kommunikationschancen beeinflusst (Höflich 1984, zitiert nach Sachs, 2013). Kommunikation dient auch zur Verwirklichung bestimmter Zwecke und Absichten.

Im Gesundheitswesen haben wir auf der horizontalen Ebene u.a. die Berufsrollen: Zum Beispiel Pflegekraft, Ärzt_in, Logopäd_in. Demgegenüber ist eine Rangordnung auf vertikaler Ebene zu etikettieren: Assistenzärzt_in, Oberärzt_in, Chefärzt_in. Während die methodische, persönliche und gruppendynamische Art und Weise, in der wir aktuell tätig sind, dem Begriff der Rolle zuzuordnen ist, ist die Rangordnung entweder mit einer Funktion verbunden im Sinne eines offiziellen Auftrags oder entsteht als Phänomen durch Macht-

ausübung in Gruppenprozessen (Lahninger 2005). So können z.B. sogenannte Zwischenautoritäten entstehen. Dies sind Teilnehmer oder Subgruppen, die viel Zuspruch oder Ablehnung erfahren, wobei es zu Rivalitäten kommen kann, die je nach Situation fruchtbar oder schädlich sein können. Überprüft man in Gruppen, wie und in welchem Ausmaß die Mitglieder das Geschehen beeinflussen, kann man Unterschiede beobachten. Macht und Einfluss haben die Teilnehmer_innen, auf die viele Interaktionsprozesse bezogen sind; ob diese nun direkt oder indirekt, mit Worten, Blicken oder Gesten durchgeführt ausgedrückt werden. Es spielt auch keine Rolle, ob diese durch Ängste oder Aggressionen, Anerkennung oder Mitleid, Sympathie oder Abneigung motiviert sind. Wesentlich ist dabei, dass Macht und Einflussfaktoren nicht nur mit Stärke, sondern auch mit Schwächen verbunden sind (König 2002). Sie zeigen sich deshalb auch nicht nur im Durchsetzen, sondern auch im Verhindern, ihr Erscheinungsbild ist nicht nur offen, sondern kann auch verdeckt und manipulativ sein.



Macht und Einfluss erlangt:

- wer Orientierung und Stärke glaubwürdig darstellt
- wer die Bedürfnisse relativ vieler Teilnehmer trifft und ausdrückt
- wer häufig vom Leiter bestätigt wird
- wer Normen setzt oder sich über Normen hinwegsetzt
- wer distanziert beobachtet, gelegentlich treffende Aussagen macht und signalisiert, dass er treffen kann, wenn er will, ohne selbst getroffen zu werden
- wer andere Teilnehmer oder den Leiter emotional auf sich aufmerksam macht
- wer seine Schwächen so darstellt, dass er damit Auseinandersetzung mit sich blockiert
- wer als Helfer oder Beschützer auftritt und damit ebenfalls Auseinandersetzung unterbindet (König 1998)

In vielen Institutionen des Gesundheitswesens spielen auch Statusunterschiede eine große Rolle bei der Machtverteilung (z. B. Krankenhaus) und haben große Auswirkung auf die Tätigkeiten verschiedener Berufsgruppen. Als **Statusattribute** spielen folgende Faktoren eine Rolle (Hornung et al. 1999, S. 258):

- das Geschlecht
- der Grad der Professionalisierung
- der Anteil an therapeutischen und diagnostischen Aktivitäten
- Lebensalter und
- Position innerhalb der Hierarchie.

Im ärztlichen Dienst sind immer noch häufiger Männer und bei den sonstigen Gesundheitsberufen mehr Frauen vertreten. Ferner ist der Arztberuf mit mehr Entscheidungskompetenzen, einem höheren Status und höherem Einkommen verbunden, um nur einige mehr oder weniger manifeste Merkmale zu nennen. So sind beispielsweise Pflegekräfte zwar einerseits in die Krankenhaushierarchie eingebunden und von den Ärzt_innen abhängig, andererseits sind sie in Bezug auf den medizinischen Behandlungsprozess Ärzt_innen gegenüber bestimmend, so dass beispielsweise unterschiedliche Arbeitsaufträge, was bis wann erledigt werden soll, Zielkonflikte auslösen kann (Antoni 2010).

14.7 Zusammenfassung

Die Begriffe Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung sollen in der folgenden Abbildung noch einmal verdeutlicht werden.



Abbildung 41: Von der Kategorisierung zur Diskriminierung. Eigene Darstellung.

„Ich hab‘ ja gegen DIE nichts, aber...“ Stereotype über andere Berufsgruppen spielen im Kontext interprofessioneller Zusammenarbeit eine zentrale Rolle, weil sie die Wahrnehmung und damit auch Kommunikation und Interaktion in der Teamarbeit beeinflussen können. Eine möglichst vorurteilsfreie Zusammenarbeit des interprofessionellen Teams, das sich gleichberechtigt an der gesundheitlichen Versorgung beteiligt, ist komplex und erfordert zahlreiche Aushandlungsprozesse. Eine Vielzahl von Stereotypen und Vorurteilen sowie unterschiedlichen berufsspezifischen Interessen in der Arbeit in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Gruppen muss dafür überwunden werden.

Wie reale Erfahrungen mit anderen Professionen Stereotype verändern können, hängt insbesondere von der Interpretation solcher Erfahrungen ab. Daher ist es für eine interprofessionelle Arbeit besonders wichtig, schon in der Ausbildung Stereotype zu identifizieren, zu diskutieren und zu reflektieren.

14.8 Literatur

Allport G. W. (1954). The nature of prejudice. Cambridge, MA: Addison Wesley.

Antoni C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich, S. 18-24 Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 104. 18–24 Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ) 104 (2010) 18–24, www.elsevier.de/zefq.

Baller, G., Schaller B. (2017). Kommunikation im Krankenhaus. Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal. Springer Berlin Heidelberg.

Balz, H.-J., Spieß, E. (2009). Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Ein Lehrbuch. Kohlhammer.

Becker F. (2016). Teamarbeit, Teampsychologie, Teamentwicklung. So führen Sie Teams! Springer, Berlin Heidelberg.

Bergmann, W. (2006). Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Vorurteile. Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter http://www.bpb.de/cache/images/2/9682-st-galerie_gross.jpg?8443B

Bierhoff von H. W., Frey D. (Hrsg.) (2006). Handbuch der Psychologie / Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Hogrefe Verlag.

Buss, B. (2011). Kompetenzen im Berufsfeld Physiotherapie. In: Voelker, C. (2011). Berufliches Selbstverständnis. Physiotherapie, Cornelsenverlag Berlin S. 105-129.

Carron, A. V., Hausenblas, H. A. (1998). Group dynamics in sport (2nd. ed.). Morgantown, WV: Fitness Information Technology. Google Scholar.

Crozier, M., Friedberg E. (1979). Macht und Organisation: die Zwänge kollektiven Handelns. Athenäum-Verlag, Bonn.

Eckes, T. (1997). Geschlechterstereotype. Frau und Mann in sozialpsychologischer Sicht. Pfaffenweiler: Centaurus.

Edele, F. (2011). Die berufliche Rolle von Physiotherapeuten. In: Voelker, C. (2011). Berufliches Selbstverständnis. Physiotherapie, Cornelsenverlag Berlin S. 91-104.

Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.). The handbook of social psychology (4th ed., Vol. 2, pp. 357-411). Boston: McGraw-Hill.

Garms-Homolová, V. (1998). Kooperation von Medizin und Pflege. In: Homolová, V.; Schaeffer, D. (1998). Medizin und Pflege: Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Mosby, 7-40.

Götz, M. (2013). Und täglich grüßt das Stereotyp. Warum sich bei den Geschlechterstereotypen so wenig bewegt und bewegt wird. 26/2013/2 Televison. S. 59-63.

Gressmann A. (2016). Eine vergleichende Untersuchung der persönlichkeitsmerkmale zweier verwandter Heilberufe: Ergotherapie und Physiotherapie. Nutzerfreundliche Studienzusammenfassung der Studie: McCombie, R.P., O'Connor, S.S., Schumacher S.D. (2015). A comparative investigation of personality traits between two allied health professions: Occupational therapy and physiotherapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, (8)22, 377-384. *Ergoscience* 2016, 11 (2) S. 77-79.

Heinz, W. R. (1995). Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Helwig, P. (1967). Charaktereologie, Herder Verlag Freiburg.

Höflich (1984) zitiert nach Sachs, I. (2013). Handlungsspielräume des Krankenhausmanagements. Wiesbaden.

Hornung, Lächler (1999). Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Krankenpfleger: ein praktisches Lehrbuch. Beltz, Weinheim.

John, O., Donahue, E. & Kentle, R. (1991). The Big Five Inventory – Versions 4a and 54. Institute of Personality and Social Research, University of California, Berkeley, CA.

Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. (2014). Sozialpsychologie. Springer, Heidelberg.

Kessler Th., Mummedy, A. (2007). Vorurteile und Beziehungen zwischen sozialen Gruppen. In: Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. (2014). Sozialpsychologie. S. 488-530.

König, O. (1998). Macht in Gruppen. Gruppendynamische Prozesse und Interventionen. 2. Aufl. München: J. Pfeiffer.

Lahniger, P. (2005). Widerstand als Motivation. Herausforderungen konstruktiv nutzen in Moderation, Training, Teamentwicklung, Coaching, Beratung und Schule. Ökotopia Verlag, Münster.

Lippmann, W. (1922). Public opinion. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.

Mahlmann, R. (1998). Selbsttraining für Führungskräfte Ein Leitfaden zur Analyse der eigenen Führungspersönlichkeit und eine Anleitung zum persönlichen Change -Management. Beltz, Weinheim.

McCombie, R.P., O'Connor, S.S., Schumacher S.D. (2015). A comparative investigation of personality traits between two allied health professions: Occupational therapy and physiotherapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, (8)22, 377-384.

Möller, S. (2014). *Besser im Team. Teambuilding und -führung für Physio- und Ergotherapeuten*, Berlin Heidelberg.

Petersen L.-E., Six, B. (Hrsg.) (2008). *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen*. Beltz, Weinheim Basel.

Pettigrew, T. F., Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 57-75.

Prändl, I. (2011). Individuum-Gruppe-Gesellschaft. Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <http://gesellschaft.psychowissen.net/rollen/index.html>

Reilly, C. (2001). Transdisciplinary approach: an atypical strategy for improving outcomes in rehabilitative and long-term acute settings. *Rehabil Nurs* 26(6): 216-220, 224.

Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. Vintage Verlag.

Sander, K. (2012). Ein blinder Passagier. Das Geschlecht im interprofessionellen Team. 197 (5/6) *Dr. med. Mabuse* S. 31-34.

Scherr, A. (2016). Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/apuz/221573/diskriminierung-antidiskriminierung-begriffe-und-grundlagen?p=all>

Scherr, A., Janz, C., Müller, St. (2015). *Diskriminierung in der beruflichen Bildung. Wie migrantisches Jugendliche bei der Lehrstellenvergabe benachteiligt werden*. Springer, Berlin Heidelberg.

Schmid Mast, M., Krings F. (2008). Stereotype und Informationsverarbeitung. In: Petersen, L.-E., Six, B. (Hrsg.) (2008). *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung: Theorien, Befunde und Interventionen*. Weinheim, Beltz S. 33-39.

Sieger, M., Ertl-Schmuck, R., Bögemann-Großheim; E. (2010). Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. *Pflege&Gesellschaft* 15. Jg. 2010 H.3, S. 197-216.

Sieger, M., Gorontzi, Boggatz (2009). *Auswertungen der Tagebücher: Selbst-und Fremdbild der einzelnen Berufsgruppen. 2009 Zusammenfassung aus dem Abschlussbericht*. Pádea AQiG.

Schulz von Thun, F. (2004). Miteinander reden 2 - Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung: Differentielle Psychologie der Kommunikation. (Band 2), Reinbek bei Hamburg: rororo. 24 Auflage.

Schulz von Thun, F. (1989). Miteinander reden 2. Reinbek b. Hamburg, 1. Aufl. 1989.

Stangel Arbeitsblätter (o.D.). Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <http://arbeitsblaetter-news.stangl-taller.at/die-drei-siebe-des-sokrates-wahrheit-gute-notwendigkeit/#GSKluVtXbMbwPAdm.99>

Solga, M. (2008). Konflikte in Organisationen. Springer S. 112-124.

Stark, D. (2011). The Sense of Dissonance. Princeton University Press. Princeton and Oxford.

Stürmer, St. (2008). Die Kontakthypothese. In: Petersen L.-E., Six, B. (Hrsg.) (2008). Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen. Beltz, Weinheim Basel. S. 283-288)

T3n Karriere (2015). Alle für einen, einer für alle: 11 Faktoren erfolgreicher Teamarbeit. Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <https://t3n.de/news/wp-content/uploads/2014/08/organisation-595x394.jpg>

Tewes, R. 2010. „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen, Berlin Heidelberg.

Voelker, C. (Hrsg.) (2011). Berufliches Selbstverständnis. Cornelsen, Berlin.

Weinberg, R. S., and Gould, D. (2011). Foundations of sport and exercise psychology. (5th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.

Werth, Meyer, (2007). Einstellungen

Wiese, P. (1997). Konkurrenz und Kooperation. In: Held, M. (Hrsg.), Normative Grundfragen der Ökonomik, Campus: Frankfurt/New York, 1997, S. 58-80.

Wunderer, R. (Hrsg.) (1991). Kooperation: Gestaltungsprinzipien und Steuerung der Zusammenarbeit zwischen Organisationseinheiten. Stuttgart: Kohlhammer.

15. Äußere und innere Einflussfaktoren der Kommunikation und Kooperation im beruflichen Kontext

Nicht verzetteln ist die Devise bei den vielen Einflussfaktoren, die auf die Kommunikation im Team wirken. Weitere, für eine erfolgreiche Kooperation wichtige Dimensionen, sollen in diesem Kapitel erörtert werden. Erinnern Sie sich noch an die Ebenen der Kooperation (Balz & Spieß 2009)? Habe wir uns bis hierher vor allem auf der individuellen und interpersonellen Ebene bewegt, so steht nun die **strukturelle Ebene im Vordergrund**.



Abbildung 42: Zeitblüten.de

15.1 Ziele und Inhalte

Ziel:

Die Studierenden:

verstehen die Facetten der strukturellen Ebene der Kooperation in Organisationen und können die Wissensbestände in ihren Arbeitskontexten anwenden.

Studieninhalt:

Für die Aufgabenerfüllung im Team relevante Einflussfaktoren wie Kultur, Strukturen, Information, Basisressourcen, Führung, Personalmanagement und Anreize.

15.2 Einflussfaktoren auf das Team

Das Umfeld in Institutionen ist der Nährboden für eine gute oder nicht so gut gelingende Interprofessionelle Teamarbeit und Teamleistung. Die folgenden Aspekte sind beeinflussend für jedes Team.



Abbildung 43: Modifiziert nach Aspekten im Umfeld von Teams Becker (2016, S. 26).

Im Folgenden werden die Aspekte im Umfeld der Teamarbeit weiter ausgeführt:

Kultur

Eine Unternehmens-, Teamkultur kann man nicht einfach anordnen. Für eine gute Zusammenarbeit ist es von Bedeutung, dass sich in den Teams ein eigenes Werteverständnis und eine **Teamkultur** entwickeln, die wesentliche Grundlage für die Zusammenarbeit ist. Die gemeinsamen Treffen in den

Teamsitzungen sind dafür entscheidend. Denken Sie an die Verärgerung der Physiotherapeutin Jessica im Pausengespräch (Plotagonfilm) zu Beginn des Moduls zurück. Sind erst einmal alle Beteiligten von Sitzungen enttäuscht, ist es schwer, zurück auf die Sachebene zu kommen und bestmögliche Entscheidungen zu treffen. In unserer Kultur und durch unsere Sozialisation sind wir stark auf Fehler und Misserfolge konzentriert, so auch in der Kommunikation. Es wird mehr gelernt wahrzunehmen und darüber zu sprechen, was nicht funktioniert. Dagegen sollte in einer wertschätzenden Teamkultur deutlich mehr über Dinge gesprochen werden, die gut sind (Pieper & Amekor 2017). Wünsche sollten formuliert werden, damit andere Wissen darüber erlangen, was die Teammitglieder bewegt und wie es ihnen geht.

Faktoren die zur Kohäsion in Gruppen beitragen



Gruppenkohäsion (Kohäsion: durch Anziehung bewirkter Zusammenhang der Moleküle) beinhaltet einerseits interpersonelle Attraktivität und andererseits soziale Attraktivität, d. h. die Gruppenmitglieder müssen sich gegenseitig bevorzugen, aber auch eine soziale Anerkennung aus der Mitgliedschaft der Gruppe ableiten (Sader 2000). Kohäsion beschreibt dabei die durchschnittliche Attraktivität für ihre Mitglieder. Ganz einfach gesagt geht es um das Wohlfühlen in einer Gruppe.

Kohäsion wird erreicht durch:

- Gleiche Interessen
- Gleiches Herkommen
- Gemeinsame Feindbilder
- Ähnliche Bedürfnisse
- Gemeinsame Erlebnisse
- Gleiche Traditionen
- Gemeinsame Angst oder Furcht

Ein Zusammenhang zwischen Kohäsion und Leistung einer Gruppe ist nicht positiv linear. Die Kurve der Leistungsfähigkeit ist mit zunehmender Kohäsion ansteigend, dann aber wieder abfallend. Bei geringer Kohäsion verbrauchen

die Mitglieder viel Energie für die Gruppendynamik, sodass für die Arbeitsaufgabe nicht viel Energie bleibt. Bei einem mittleren Grad von Kohäsion ist die Gruppe sehr produktiv. Versteht sich die Gruppe ausgesprochen gut, gerät die gemeinsame Aufgabe in den Hintergrund, weil die Mitglieder es spannender und anziehender finden sich mit sich selbst zu beschäftigen als mit den Arbeitsergebnissen (ebenda).

Strukturen



Unter Strukturen werden hier das Verhältnis der einzelnen Abteilungen, Berufsgruppen und Hierarchieebenen zueinander und der architektonische Aufbau der Institution verstanden.

In Organisationsstrukturen entwickelt sich ein **Beziehungsgeflecht** der Organisationsmitglieder, ein lebendes System. Lebende Systeme sind struktur determiniert, d.h. durch ihre Struktur festgelegt. Zwar ist die Struktur eines autopoietischen Systems (Prozess der Selbsterschaffung und -erhaltung) offen für Veränderung, diese Veränderung kann vom Umfeld lediglich ausgelöst, jedoch nicht von außen determiniert werden. Lediglich das System selbst bestimmt den Grad der Veränderung.



Durch eine angemessene „Störung“ oder Anreiz, wird das System dahingehend bewegt, sein Verhalten zu überdenken, die eigene Struktur zum selbst-erkannten eigenen Vorteil zu verifizieren. Dabei muss der Anreiz so gewählt werden, dass er weder Über- noch Unterforderung beim System hervorruft und von subjektivem Interesse ist. Ein solcher Anreiz wird **Perturbation** genannt (Hornung, Lächler 1999).

Gruppen weisen ein starkes Eigenleben auf, was sich dadurch äußert, dass Gruppen vor allem dazu tendieren, sich selbst zu erhalten. Diese Selbsterhaltung geht allerdings zu Lasten der individuellen Bedürfnisse der Gruppenmit-

glieder. Insofern stehen individuelle Interessen (Zugehörigkeit, Bedürfnisbefriedigung) und Gruppenbelange (möglichst spannungsfreier Selbsterhalt, Vermeidung von Veränderungen) im Gegensatz zueinander.

Zu Beginn einer Kooperation sollte die Art und Organisation des Zusammenarbeitens betrachtet werden. Auf der Strukturellen Ebene müssen bewusste Entscheidungen getroffen werden. Eine mögliche Orientierung bietet das **Untersuchungsschema von Hacker** (1998, S. 148):

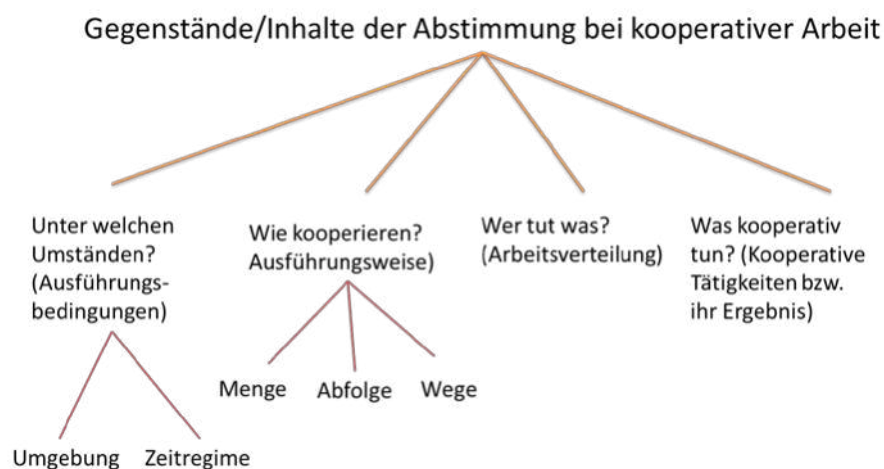


Abbildung 44: Gegenstände/Inhalte der Abstimmung bei kooperativer Arbeit zur Entscheidung der Kooperationsform (Hacker 1998, S. 148)

Kommunikation in Organisationsstrukturen lässt sich auch auf die räumliche Struktur einer Institution beziehen. Die physische Nähe ist ein bedeutsamer Faktor hinsichtlich der kommunikativen Beziehungen und der Vertrautheit der Personen. Es ist leicht sich vorzustellen, dass die Kommunikationshäufigkeit umso größer wird, je geringer der räumliche Abstand der Kommunikationspartner zueinander ist (Rohde 1975).

Information



Information ist für die Aufgabenerfüllung der Mitarbeiter_innen einer Institution eine wichtige Voraussetzung, da sich der Arbeitsgegenstand ständig verändert. Dies liegt im Gesundheitswesen am Wechsel des Klientels und an der mit dem Krankheitsverlauf verbundenen Zustandsveränderungen. Es ist also

unabdingbar, dass sich das Personal ständig neu orientiert. Dazu benötigt es unterschiedliche Informationen. Hier treten mitunter Schwierigkeiten auf. Gründe können in der mangelnden Zugänglichkeit und Transparenz von Informationen liegen. Wenn Abteilungen sich bedroht oder übergangen fühlen, kann es sein, dass sie deshalb nicht mehr kooperieren wollen und Informationen zurückhalten, verzerren oder selektiv weitergeben (Becker 2016).

Mitglieder von verschiedenen Teams, unterliegen meist der Annahme, dass das jeweils andere und ihr eigenes Team eine Einheit darstellen und über gemeinsame Informationen verfügen und gleiche Interessen vertreten. Für den Austausch wichtiger Informationen zwischen Teammitgliedern ist eine Sensitivität für mögliche Unterschiede sehr wichtig, da sie die entsprechenden Personen zu einem erhöhten Informationsaustausch veranlasst. Sonst kann es zum Beispiel passieren, dass jeder in seinen Stereotypen verhaftet ist und dem anderen nicht zuhört. Durch gemeinsame Diskussion werden Fragen deutlich und können Informationslücken geschlossen werden.

Erfolgreiche Zusammenarbeit steht und fällt mit einem erfolgreichen Informationsaustausch und einer funktionierenden Kommunikation innerhalb des interprofessionellen Teams. Die Information ist ein Bestandteil der Kommunikation und hat die Funktion der Vermittlung von zweckbezogenem Wissen über Zustände und Ereignisse. Eines der bekanntesten Grundmodelle der Kommunikation stammt von Shannon und Weaver 1949 (siehe A1).



e-tivity 9

Informationsaustausch mit Köpfchen! Wie lässt sich vor dem eben beschriebenen Hintergrund der Informationsaustausch in Ihrem interprofessionellen Team verbessern? Analysieren Sie, wo der Informationsfluss nicht ausreichend ist und überlegen Sie drei Strategien zur Verbesserung. Stellen Sie ihre Ideen kurz zusammengefasst (ca. eine halbe bis eine Seite) auf die Lernplattform.



Basisressourcen

Der Zeitfaktor

Die Entwicklung gut funktionierender Teams braucht im Tagesgeschäft Zeit. So nützt der Apell einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit wenig, wenn nicht entsprechende Zeitfenster zur Verfügung gestellt werden. Besonders bekannt ist hierbei das Unternehmen Google geworden, die Ihren Programmierern 20% der Arbeitszeit für selbstgesteuerte Teamarbeit zur Verfügung stellen (Becker 2016).

Arbeits- und Handlungsvollzüge werden in zeitlicher Abfolge koordiniert, was zu einer Festlegung der kommunikativen (interprofessionellen) Kontakte führt. Ein Beispiel sind die Visiten im Krankenhaus. Das Handeln der Beteiligten ist festgelegt durch die bestehenden Strukturen. Es ist geregelt, welche und wie viele Personen teilnehmen, welche Position sie einnehmen, wer die Kommunikation steuert und wer wie viel Redezeit hat.

In Zeiten eines zunehmenden Kostendrucks versuchen Krankenhäuser und andere Institutionen die Personalkosten zu reduzieren. Das führt dazu, dass der einzelne Mitarbeiter mehr Arbeit in der gleichen Zeit leisten muss. Zusätzlich wird die Behandlungsdauer der Klient_innen reduziert, was zu einem größeren Arbeitsaufwand führt, weil übliche Abläufe wie Aufnahme und Entlassung in schneller Folge durchgeführt werden müssen. Doch kann man Zeit sparen?

Momo von Michael Ende

Eines Tages tauchen graue Herren bei Momo im Ort auf. Die glatzköpfigen Agenten der „Zeitsparkasse“ sind von Kopf bis Fuß aschgrau angezogen und rauchen stets Zigarren. Sie versuchen, die Menschen dazu zu bringen, Zeit zu sparen, um sie angeblich für später sicher und verzinst aufzubewahren. In Wahrheit jedoch werden die Menschen um ihre Zeit betrogen. Während sie versuchen, Zeit zu sparen, vergessen sie, im Jetzt zu leben und das Schöne im Leben zu genießen.

„Es gibt ein großes und doch ganz alltägliches Geheimnis. Alle Menschen haben daran teil, jeder kennt es, aber die wenigstens denken je darüber nach. Die meisten Leute nehmen es einfach so hin und wundern sich kein bisschen darüber. Dieses Geheimnis ist die Zeit. Es gibt Kalender und Uhren, um sie zu messen, aber das will wenig besagen, denn jeder weiß, dass einem eine einzige Stunde wie eine Ewigkeit vorkommen kann, mitunter kann sie aber auch wie ein Augenblick vergehen - je nachdem, was man in dieser Stunde erlebt. Denn Zeit ist Leben. Und das Leben wohnt im Herzen.“ (Ende 1973, S. 57)

Die Zeitverwendung läuft auf eine Rationalisierung hin: Flugzeug, schnellere Züge und das Auto beschleunigen das Tempo, z.B. das Speed Reading. Zeichen dafür, dass die glatzköpfigen Agenten der „Zeitsparkasse“ da sind, sind unbewusste Denk- und Sprachmuster: Rufen über den Flur. Lautes Sprechen bei offenen Türen. Halbe und verschachtelte Sätze. Es sind kaum Namen von Klient_innen oder Kolleg_innen zu hören. Menschen grüßen einander nicht, stellen sich nicht oder nur flüchtig vor. Der häufige Gebrauch der Worte „müssen und schnell“ produzieren zusätzlichen Druck und Hektik. Auch ein floskelhaftes Sprechen und fehlender Blickkontakt der Gesprächspartner sind Alarm-signale, die die Qualität der Kommunikation mindern. Schnelles Sprechen, nicht ausreden lassen, über jemanden statt mit ihm zu reden; kurze und genervte Antworten und fehlendes Lachen.

Was kann man dagegen tun? Es gibt kein Rezept, höchstens ein paar Ideen. Individuell dagegen zu halten, institutionell sich auf der Leitungsebene des Problems bewusstwerden und Strukturen schaffen, um Stress abzubauen.

Ziel müsste sein, weniger eine Atmosphäre der Hektik zu verbreiten als vielmehr reichhaltige Kooperationen zu ermöglichen.

Wenn du es eilig hast, gehe langsam

(alte chinesische Lebensweisheit)

Oft entstehen durch das schnelle Tun Fehler, die letztendlich viel mehr Zeit benötigen.

Tabelle 14: Zeitkonflikte in Organisationen (angelehnt an Fraenkel (2001) in Schweizer 2011, S.55)

Konfliktthema	Fragestellung
Tempo (wie schnell?)	Wie schnell ist schnell genug?
Zeitpunkt (Wann?)	Wann ist der günstige Augenblick?
Reihenfolge (was zuerst?)	Was ist wichtiger oder dringlicher?
Dauer (wie lange?)	Wie lange durchhalten?
Frequenz (wie oft?)	Wann hilft viel viel?
Regelmäßigkeit (wie gleichmäßig?)	Wie viel Wiederholung ist nützlich??
Zeithorizont (worauf hin?)	In welchem Zeithorizont bewähren sich Entscheidungen?
Zeitfokus: (wer blickt in Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft?)	Wer blickt zurück, wer ins Hier und Jetzt, wer nach vorne?

Der Faktor Zeit ist ebenfalls eine Kommunikationsvariable, die durch die Organisationsstrukturen der Institution vorgegeben wird. Arbeits- und Handlungsvollzüge werden in ihrer zeitlichen Abfolge koordiniert, was zu einer Festlegung der kommunikativen Kontakte führt. Zeitknappheit führt zu Handlungsdruck und prägt in einem hohen Maße die Kommunikationsbeziehungen der Organisationsmitglieder. Der Zeitfaktor spielt bei der Implementierung von (neuen) Kooperationsformen, wie der interprofessionellen Zusammenarbeit eine bedeutende Rolle.

Weitere Ressourcen wie Finanzen, Räumlichkeiten und Infrastruktur sind ebenso entscheidend für eine erfolgreiche Zusammenarbeit (Becker 2016).



e-tivity 10

Analysieren Sie in Ihrer Institution, ob die Zeiten für interprofessionelle Besprechungen ausreichend sind. Begründen Sie Ihre Entscheidung. Wo könnte eventuell sinnvoll Zeit für Besprechungen etabliert werden? Besprechen Sie die Lösung, auch die Ideen zum Informationsaustausch aus der vorherigen e-tivity mit mindestens einer Kommilitonin.

Führung



„Der Fisch stinkt vom Kopf her“ sagt der Volksmund, wenn er zum Ausdruck bringen will, dass geringe Führungsqualität schlechte Leistungen hervorbringt. Der Zusammenhang in einem positivem Wechselverhältnis wird bei Stewart 2006 wie folgt dargestellt: Führungen, die versuchen, ihre Mitarbeiter_innen intrinsisch zu motivieren, indem sie beispielsweise attraktive Visionen vermitteln, den gemeinsamen Weg zur Zielerreichung kommunizieren, als Vorbild auftreten, die individuelle Entwicklung der Mitarbeiter_innen unterstützen und die Selbständigkeit vom Team erhöhen, haben positive Effekte auf die Leistung des Teams (Stewart 2006). Führungskräfte haben folglich die Aufgabe ein Umfeld zu schaffen, indem sich das Team entwickeln kann und die nötigen Ressourcen dafür zu organisieren, sowie die Rahmenbedingungen zu schaffen (Becker 2016).

Dilemmata der Führung: Führungskräfte sind Mittler zwischen Unternehmenszielen und den Mitarbeiter_innen.



Abbildung 45: Spannungsverhältnis Individuum-Organisation (nach von Rosenstiel 2007 in Balz & Spieß 2009, S.39)

Auch bei flacher Hierarchie sind Anordnungen und Anweisungen relevant für die Koordinierung von Tätigkeiten. Fehlende Zuständigkeitsregelungen und fehlende Stellenbeschreibungen führen dazu, dass das Aufgabenfeld der Teammitglieder undurchschaubar wird. Gerade in Hinblick auf die Kooperation der Berufsgruppen und der Bereiche sind formale Strukturen ein wichtiges Instrument. Nicht formal festgelegte Vorgänge können als scheinbar nicht gerechtfertigte Anordnungen oder Anweisungen von den Mitarbeiter_innen fachlich-argumentativ abgelehnt werden.

Die Gestaltung der Zusammenarbeit der Teammitglieder und die Ausprägung der inneren und äußeren Bedingungen der Teamarbeit werden stark durch die Leitung und das Management beeinflusst. Beispielsweise kann Interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden, in den regelmäßigen Besprechungen als wichtig erachtet, feste Zeitpunkte dafür anberaumt und kooperatives Verhalten belohnt werden (z.B. durch Teamprämien) (Antoni 2010).

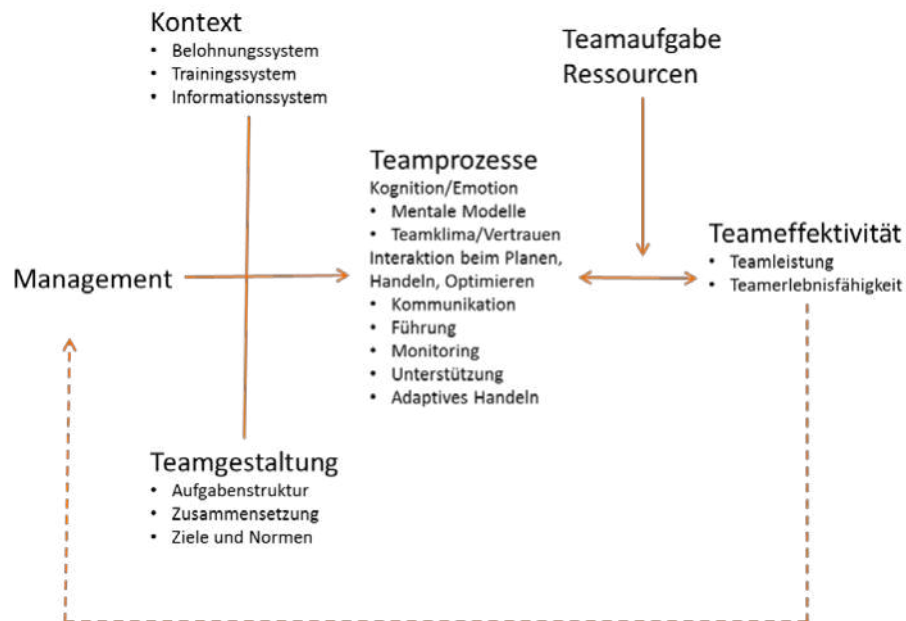


Abbildung 46: Rahmenmodell der Effektivität von Teamarbeit. Antoni 2010, S. 20

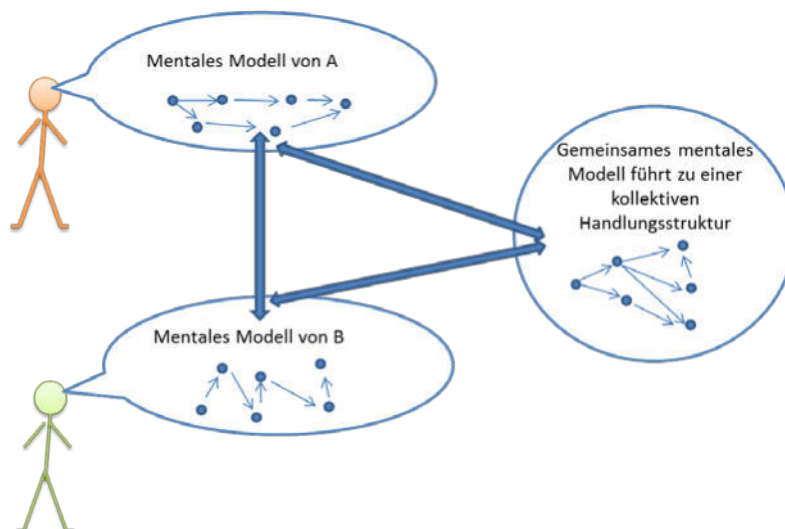


Abbildung 47: Übereinstimmung zwischen den mentalen Modellen der Gruppenmitglieder zur Erreichung eines kollektiven Handlungsmusters (eigene Darstellung)

Personalmanagement

Die Personalauswahl und Personalentwicklung sind von großer Bedeutung für das Team. Durch die Personalauswahl sollen die am besten geeigneten Kandidaten für eine Vakanz, eine freiwerdende oder neu zu konzipierende Stelle



gesucht werden. Nach Becker 2016 brauchen Teammitglieder eine eher breitgefächerte Qualifikation, um sich mit Mitarbeiter_innen mit anderer Fachkompetenz gut zu verständigen. Zudem ist vermehrt auf mehr Lernfähigkeit und Offenheit, sich in neue Themengebiete einzuarbeiten, zu achten.

Durch die Verstärkung der Eigenverantwortung der Mitarbeiter_innen und die Förderung des Selbstlernens wird die Mitarbeiterentwicklung zu einem bedeutenden Thema bei der Personalführung. Die Mitarbeiterentwicklung dient der kontinuierlichen Ausrichtung der Organisation an Veränderungen und Zukunftsanforderungen. Mitarbeiter_innen hingegen profitieren von der Entwicklung fachlicher Kenntnisse und ihrer beruflichen Entwicklung (ebenda).

Anreize

Mit der Teamarbeit treten Herausforderungen bei Zielvereinbarungen und Anreizsystemen auf, da anstatt Individualleistungen, Gruppenleistungen zu honorieren sind (Becker 2016). Anreizsysteme sind die Summe von Anreizen, die den Beschäftigten eines Unternehmens (oder allgemeiner den Mitgliedern einer Organisation) angeboten werden, um ihre Leistungen zu erhalten und ihren Verbleib im Unternehmen zu sichern. Eine Möglichkeit die Teamleistung zu honorieren ist, darauf zu achten, dass auch die Einzelleistung gesehen wird und sich soziale Trittbrettfahrer nicht in der Gruppe verstecken können (siehe Gruppenleistung).

Gerald Hüther sagt 2013 in einem Lufthansa Interview zu dem Thema Anreize „Auch das Versprechen von mehr Lohn und die Aussicht auf Karriere führen nicht zu nachhaltigen Veränderungen im Gehirn. Belohnung und Bestrafung sind Dressurmethoden. Wer sie einsetzt, verhält sich wie ein Eseltreiber, der seinen Esel entweder mit der Peitsche oder einem Bund Möhren zum Laufen bringen will. Das funktioniert nicht. Im Gegenteil. Der Esel macht die Erfahrung, dass es ihm immer besser gelingt den angedrohten Schlägen zu entkommen oder eben die Möhren zu schnappen, ohne sich von der Stelle zu bewegen. Manche Esel bringen es darin zu wahrer Meisterschaft.“ <http://kulturwandel.org/inspiration/interviews-und-texte/interview-lufthansa-exclusive/>

Er vertritt auf der Grundlage div. Forschungsergebnisse die Ansicht, dass Menschen nur dann ihre Potentiale entfalten, wenn sie sich für etwas begeistern. Begeisterung ist für Hüther der bedeutsamste und effektivste Verstärker für neuronale Umbauprozesse.



Was spornt Teams an? Feedback und motivierende Arbeitsziele, die an den Kompetenzen des Mitarbeiters anschließen und eine gewisse Autonomie und Eigenverantwortung ermöglichen kann Teams anspornen. Hüther 2013 plädiert aus seiner neurobiologischen Sicht für die Managementmethode des „**Supportive Leadership**“ einer Führungskunst, die Mitarbeiter_innen zu neuen Erfahrungen einlädt und ermutigt. Darüber hinaus sind mehr Lohn und Aussicht auf Karriere im Gesundheitssystem bedeutsam.

15.3 Zusammenfassung

Für eine erfolgreiche Kooperation sind auf der strukturellen Ebene der Organisation folgende Dimensionen ausschlaggebend:

Kultur: Eine gute Teamkultur ist die Grundlage für gute, motivierte und effiziente Teamzusammenarbeit.

Strukturen: Organisationsgefüge müssen sich eine Struktur geben, diese aber auch lebendig halten und beständig verbessern. Die physische Nähe ist als ein bedeutsamer Faktor hinsichtlich der kommunikativen Beziehungen und der Vertrautheit der Personen, auch für die interprofessionelle Kooperation, zu betrachten.

Information: Es wird angenommen, dass durch verbesserte Absprachen im Team Brüche im Behandlungsverlauf vermieden werden können (Gerdes & Weis 2000). Für ein einheitliches Vorgehen der Informationsvermittlung ist es notwendig, dass sich das interprofessionelle Team auf einen realistischen und idealtypischen Ablauf innerhalb seiner Einrichtung verständigt.

Basisressourcen: Eine wesentliche Basisressource ist heute die Zeit. Die meisten Kolleg_innen erleben Zeitnot, Zeitstress, Zeitdruck. Es ist kaum noch Zeit da, spärlich Zeit zur Absprache, zur Teamarbeit, zum Nachdenken, zum gemeinsamen Planen.

Führung: Die Gestaltung der Zusammenarbeit der Teammitglieder und die Ausprägung der inneren und äußeren Bedingungen der Teamarbeit werden stark von der Führung beeinflusst. Eine Führungskraft, die Mitarbeiter_innen zu neuen Erfahrungen einlädt und ermutigt, ist auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit förderlich.

Personalmanagement: Aus geeigneten Mitarbeiter_innen ein Team zusammenzustellen, ist der Beginn des eigentlichen Teamentwicklungsprozesses. Denn kein Team arbeitet von Anfang an problemlos miteinander. Die Mitarbeiterentwicklung ist auch für die Ermöglichung der interprofessionellen Zusammenarbeit bedeutend. Mitarbeiter_innen brauchen für die Kooperation vielfältige Kompetenzen, die (weiter)entwickelt werden müssen.

Anreize: Schon Bandura 1977 konnte die positive Wirkung der Ermutigung nachweisen. Ermutigte sind motivierter, **stecken sich höhere Ziele**, fühlen sich stärker verpflichtet, teilweise unterstellen sie sich sogar bessere Fähigkeiten, was wiederum ihre Leistungskraft verbessert.

In der Abbildung 48 werden die Zusammenhänge zwischen den organisatorischen Strukturen und der Herausbildung von Kommunikationsmustern verdeutlicht.

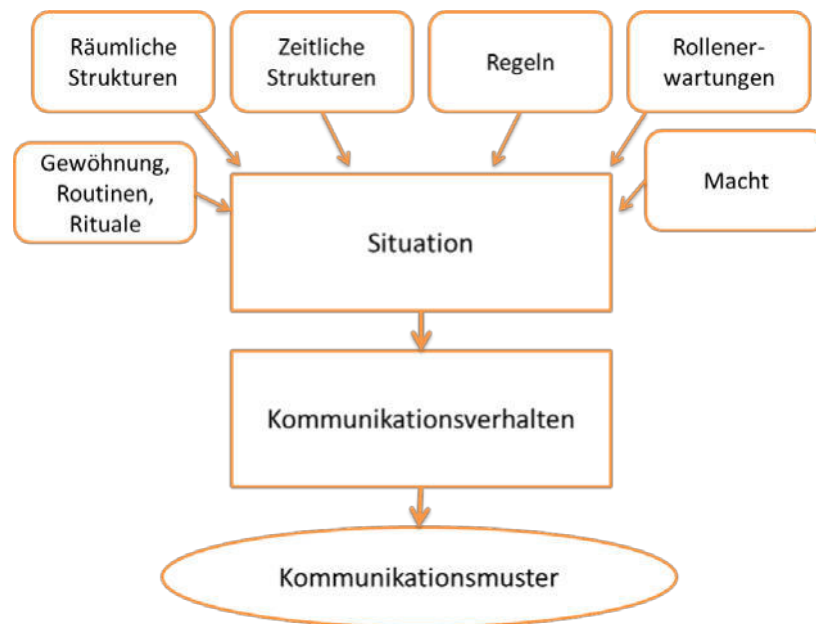


Abbildung 48: Einflüsse der Organisation auf die Kommunikation (Boguth 2002, S. 64)

15.4 Literatur

Antoni C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich, S. 18-24 Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 104. 18–24 Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ) 104 (2010) 18–24, www.elsevier.de/zefq.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review. 84 (2), 1977, S. 191–215.

Balz, H.-J., Spieß, E. (2009). Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Ein Lehrbuch. Hartung, J., Fröhlich-Gidhoff, K. (Hrsg.) (2009) Module angewandter Psychologie. Verlag Kohlhammer, Stuttgart.

Barthold, L., Schütz, A. (2010). Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention. Beck-shop.de, München.

Bartholomeyczik Sabine (1993). Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, Feuerstein, Schott, (Hrsg.) System Krankenhaus Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Juventa Weinheim, München.

Becker F. (2016). Teamarbeit, Teampsychologie, Teamentwicklung. So führen Sie Teams! Springer, Berlin Heidelberg.

Boguth K., Neubauer, J. (2002). Kommunikation, Kooperation und Koordination im Rahmen pflegerischer Arbeitsabläufe am Beispiel einer internistischen Station eines Krankenhauses.

Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer/eines Diplom-Pflegewirt(in) an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon"; im Studiengang Pflege/Pflege-management.

Burow, O.A: (2002). Die Band – ein Modell erfolgreicher Gruppenarbeit. In: Pädagogik Nr.1, S.20-23.

De Witte, H. (1999). Job insecurity and psychological well-being: Review of the literature and exploration of some unresolved issues. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 155-177.

Ende M. (1973). *Momo*. Thienemann Verlag, Stuttgart.

Fraenkel, P. (2001). Clocks, Calendars, and couples: Time and the Rhythms of relationships. In Schweizer, J. (2011). *Zeit und Zeitkonflikte in sozialen Systemen*. In Schindler, H. Loth, W. von Schippe, J. (Hrsg.) *Systemische Horizonte*.

Gerdes, N., Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 41–68). Berlin: Springer.

Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie*. Bern: Huber.

Hüther, G. (2013). Kulturwandel. Lufthansa-Exclusive Interview: Interview führte Angelika Jansen Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <http://kulturwandel.org/inspiration/interviews-und-texte/interview-lufthansa-exclusive/>

Pieper, A., Amekor L. M. (2017). Versteh mich nicht falsch...Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden, *Heilberufe/Das Pflegemagazin* 2017, 69 (4) S. 46- 48

Rohde, J.J. (1975). Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. In Ritter-Röhr, Dorothea, *der Arzt sein Patient und die Gesellschaft*, Surkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Rosenstiel von, L. (2007). *Grundlagen der Organisationspsychologie*. 6. überarbeitete Auflage. Stuttgart Schaeffer-Poeschel. In Balz, H.-J., Spieß, E. (2009) *Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit*. Ein Lehrbuch. Hartung, J., Fröhlich-Gidhoff, K. (Hrsg.) *Module angewandter Psychologie*. Verlag Kohlhammer, Stuttgart.

Sader, M. (2002). *Psychologie der Gruppe* (7. Aufl.). Weinheim, Beltz.

Schlote, A. (2000). *Zeit genug! Wege zum persönlichen Zeitwohlstand*. Beltz, Weinheim Basel.

Schweizer, J. (2011). *Zeit und Zeitkonflikte in sozialen Systemen*. In Schindler, H. Loth, W. von Schippe, J. (hrsg.) *Systemische Horizonte*.

Seiwert, L.J. (2009). Das neue 1x1 des Zeitmanagements. Goldmann Verlag, Leipzig.

Shannon, C.E., Weaver W. (1949). The mathematical theory of communication. University of Illinois Press, Urbana Champaign.

Stewart, G.L. (2006). A meta-analytic review of relationship between team design features and team performance. Journal of Management, 32(1), 29-55.

T3n Karriere (2015). Alle für einen, einer für alle: 11 Faktoren erfolgreicher Teamarbeit. Zugriff am 17.01. 2018. Verfügbar unter <https://t3n.de/news/wp-content/uploads/2014/08/organisation-595x394.jpg>

16. Kommunikation und Koordination zwischen Organisationseinheiten



In diesem Kapitel fangen wir gleich mit einem Beispiel von Nichtorganisation an. Eine solche oder eine ähnliche Situation ist Ihnen bestimmt schon passiert.

Inhalte dieses Kapitels handeln davon, wie die Kommunikation und Koordination von Organisationseinheiten verbessert werden kann.

16.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden:

- gestalten Organisationen mit und nutzen dabei ihr Wissen über Kommunikation und Kooperation
- Stoßen Veränderungsprozesse an, die der interprofessionellen Arbeit nutzen

Studieninhalt:

Koordination und Kommunikation in der Organisation

16.2 Kommunikationsmanagement: Aufgaben und erforderliche Fähigkeiten

Beispiel:

In einer Organisation geht die Sozialarbeiterin in Elternzeit. Die Vertretung ist sehr engagiert und ruft eine interprofessionelle Teamsitzung ins Leben, die alle 14 Tage tagt. Die Leitung ist nicht ganz von dem Nutzen der Sitzungen überzeugt, lässt sie aber zu. Nach 1,5 Jahren kommt die frühere Sozialarbeiterin wieder aus dem Mutterschaftsurlaub zurück. Sie ist nicht einverstanden mit den Veränderungen und kippt mit der Leitung zusammen, die Teamsitzungen.

Engagement von Einzelnen kann sehr hilfreich sein, insbesondere wenn sich auch andere Personen davon begeistern lassen. Um nachhaltige Veränderungsprozesse zu bewirken, muss ein interprofessioneller Gedanke jedoch auch in den formellen Strukturen der Organisation verankert sein. Anschließend ist aufgeführt welche Kommunikationsaufgaben besonders in größeren Institutionen übernommen, geplant, durchgeführt und kontrolliert werden müssen und welche Fähigkeiten dafür erforderlich sind.

Tabelle 15: Sisignano (2001), S. 216

Aufgaben	Fähigkeiten Wissen
Konzeptionelles Arbeiten <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Analysen • Beurteilung von Themen und Botschaften • Beobachtung von Markt und Medien • Erkennen von Trends • Definition von Zielgruppen, Auswahl Medien • Entwicklung von Kommunikationsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse des Gesundheitsmarktes • Analytisches und strategisches Denken • Gespür für Entwicklungen und Trends • Kreativitätstechniken • Umgang mit Marktforschern • Beratungserfahrung

Aufgaben	Fähigkeiten Wissen
<ul style="list-style-type: none"> • Konzeption von Instrumenten • Beratung interner und externer Partner_innen 	
<p>Redaktionelles Arbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung von Informationen jeglicher Art • Erstellen von Pressinformationen • Verfassen und Redigieren von Reden und Texten jeglicher Art • Konzeption und Gestaltung eigener Publikationen • Recherche in unterschiedlichen Datenbanken 	<ul style="list-style-type: none"> • Guter Schreibstil und sehr gutes Sprachgefühl • Die Fähigkeit, unterschiedliche Zielgruppen adäquat anzusprechen • Erfahrungen im Umgang mit neuen Medien
<p>Kontakt und Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit unterschiedlichen internen und externen Partnern (extern: Journalisten, Opinion Leader, Lieferanten, Geschäftspartnern und Kunden; intern: Kollegen aus allen Berufsgruppen und auf allen Hierarchieebenen) • Aufbau und Pflege von Kontakten • Kommunikation mit Massenmedien 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Kompetenz • Motivations- und Integrationsfähigkeit • Überzeugungskraft • Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit • Erfahrungen mit öffentlichem Auftreten • Präsentations- und Moderationstechniken • Verhandlungsgeschick • gekonnter Umgang mit Konflikten
<p>Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalkulation und Budgetierung • Organisation und Durchführung von Presseveranstaltungen und Events • Einsatz und Motivation des Personals • Koordination externer Partner 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit- und Projektmanagement • Organisationstalent
<p>Kontrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Quantitative und qualitative Erfolgskontrolle • Kosten- und Terminkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über Kostenkontrolle



Kommunikationsmanagement beschäftigt sich damit wie Prozesse angewendet werden, die für das rechtzeitige und sachgerechte Erzeugen, Sammeln, Verteilen, Weitergeben, Speichern, Abrufen und Verwenden von Informationen notwendig sind.

Die Prozesse des Kommunikationsmanagements in Institutionen bilden die wichtigen Schnittstellen zwischen Team und Informationen, die für eine erfolgreiche Kommunikation notwendig sind. Inzwischen wird in Krankenhäusern für diese Aufgaben eigens eine zentrale übergeordnete Planstelle errichtet und **digitale Krankenhausinformationssysteme (KIS)** gehören zum Standard.

Lernen der Organisationen



Um auf Veränderungen u.a. im Gesundheitssystem vorbereitet zu sein, ist ein Umdenken erforderlich. Nach Senge (2006) müssen dafür folgende Lernhemmnisse überwunden werden:

1. „Ich bin meine Position“: Verantwortung abgeben und zugleich über den eigenen Tellerrand hinausdenken können. (z.B. Outsourcing, Nachhaltigkeit)
2. „Der Feind da draußen“: Gelingt etwas nicht, wird die ‚Schuld‘ außen gesucht. Gelernt werden muss hier, dass drinnen und draußen in der Regel Teile desselben Systems sind.
3. „Angriff ist die beste Verteidigung“: Wichtig ist es hier, zu erkennen, wie man selbst zu seinem Problem beiträgt (z.B. Veränderung der Umwelt vs. Stillstand im Unternehmen).
4. Die „Fixierung auf Ereignisse“: verkennt, dass heute die primären Bedrohungen für das Überleben nicht von Ereignissen von Organisationen, sondern von langsam schleichenden Prozessen ausgehen (z.B. Nachhaltigkeit, Notwendigkeit von Planung und Prognose).

5. „Das Gleichnis vom gekochten Frosch.“ Wirft man einen Frosch in heißes Wasser, wird er sofort versuchen herauszuklettern. Erhitzt man aber das Wasser allmählich, wird er allmählich schlapper und schlapper, bis er unfähig ist, aus dem Topf heraus zu kraxeln: Organisationen und die Menschen in ihnen, müssen lernen, langsamen, allmählichen Entwicklungen genau so viel Aufmerksamkeit zu widmen, wie den dramatischen. (z.B. Frühwarnsysteme, Abweichungsanalyse)

16.3 Koordination in der Organisation



Eine Organisation lässt sich definieren als „...eine Ordnung von arbeitsteilig und zielgerichtet miteinander arbeitenden Personen und Gruppen. ... [Sie umfasst] ... alle Institutionen, Gruppen und sozialen Gebilde, die bewusst auf ein Ziel hinarbeiten, dabei geplant arbeitsteilig gegliedert sind und ihre Aktivität auf Dauer eingerichtet haben.“ (Beck & Schwarz 1995, S.51.)

Jede Organisation legt Regeln und Normen für die Organisationsmitglieder fest.

Team als Orchester oder Jazzband

In diesem Abschnitt werden zwei Ensembles beschrieben, die eine sehr unterschiedliche Musik machen. Ebenso unterschiedlich kann die Zusammenarbeit im Team aussehen.



Abbildung 49: Team als Orchester mit Dirigenten, eigene Darstellung nach den Ausführungen von Loewys 2013.

In diesem **Orchester** sind je nach Anforderung und Situation unterschiedlich viele „Musizierende“ erforderlich: vom Trio bis zum Dezett (Musikgemeinschaft von zehn Solist_innen). Das heißt:

- Alle spielen mit verschiedenen, aber aufeinander abgestimmten Instrumenten (Professionen).
- Alle sind aufmerksam, konzentriert und kennen sowohl den eigenen als auch die fremden Einsätze.
- Es gibt gelegentliche Soli, das Kunstwerk entsteht aber nur durch das Zusammenspiel aller Musiker (Professionen).
- Dabei erleichtern bestimmte Regeln wie Noten, Tempobezeichnungen u. a. das Zusammenspiel.
- Jeder „Instrumentalist“ muss sich dabei auf „den guten Ton“ im doppelten Wortsinn verlassen können.

Es gibt einen, aber keinen durchgängig leitenden Dirigenten. In Bezug auf das Gesundheitswesen könnten Klient_innen als Dirigent angesehen werden.

In einer vollkommen anderen Form organisiert sich die **Jazzband** mit relativ geringen Regeln und einem Höchstmaß an Kreativität.

Anders als bei der klassischen Musik, wo man die gesamte Partitur hat, wo genau festgelegt ist, wer was spielen darf, wo man noch einen Dirigenten braucht, dominiert bei der Jazzmusik der Team-Gedanke und das gemeinsame schöpferisch sein. Wohl aber benötigt die Band einen stützenden Entwicklungsraum, etwa in Form von gemeinsam vereinbarten Regeln, die alle internalisiert haben und ohne Kontrolle von außen selbst befolgen.



Abbildung 51: Das Team als Jazzband, eigene Darstellung

Das Team muss aus sich herausarbeiten können, es muss Kreativität entfalten:

- Mitarbeiter_innen fühlen sich ermuntert, Routineaufgaben neu anzugehen, und zwar aus der augenblicklichen Herausforderung heraus.
- Risikobereitschaft zur Erforschung neuer musikalischer Möglichkeiten.
- Schnelles gekonntes Reagieren (u.a. auf die Klient_innen).
- Jeder würde für sich und für die anderen gleichzeitige Verantwortung übernehmen.
- Eigenes Nachdenken und Entscheiden sind zentral.

- Selbständigkeit und Selbstorganisation.
- Die Musiker wechseln ständig die Rollen.

Innerhalb einer Organisation können Teams verschiedene Kulturen und Strukturen haben, sollen klassisches Orchester und Jazzband zusammenspielen, bedarf es für die vielen Neuerungen eine hohe Umstellungsfähigkeit aller. In der Musik gibt es zunehmend Konzerte, die die andersartigen Richtungen zusammenbringen und dadurch neues kreieren.



Eine zunehmende Arbeitsteilung erfordert einen erhöhten Koordinationsbedarf. „Unter Koordination ist die Abstimmung von Einzelaktivitäten im Hinblick auf ein übergeordnetes Gesamtziel zu verstehen.“ (Vahs 2005, S. 106)

In der Zusammenarbeit entstehen arbeitsbezogene Abhängigkeiten (Interdependenzen) und Berührungspunkte (Schnittstellen) (Vahs 2005). Schnittstellen bringen Probleme mit sich, wie einen ungenügenden Informationsfluss, eine unterbrochene Prozessabwicklung oder unklar geregelte Verantwortlichkeiten. An **Schnittstellen** können sich auch emotionale Barrieren aufbauen und Informationen nicht richtig weiter vermittelt werden so kommt es zu einem ungünstigen Informationsfluss. Ebenso kann die hohe Zahl der Schnittstellen zu einer geringeren Flexibilität wegen der zeitraubenden Kommunikation führen.



Abbildung 52: Sich in der Organisation organisieren <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/>

Prozessorganisation

Die Prozessorganisation muss für die Gesundheitsberufe noch weiterentwickelt werden, es gibt besonders Entwicklungsbedarf für die Verbesserung der Kooperation. Eine gemeinsame Verständigung über Ziele der Klient_innenversorgung, die über die bloße Formel "klient_innen orientiert" hinausgeht und konkrete Handlungsausrichtungen für Einzelentscheidungen liefern könnte, liegt oft nicht vor. In der Reha ist die gemeinsame Zielverständigung Pflicht. Ambulant liegt sie sicher oft gar nicht vor.

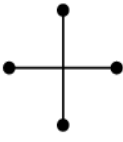

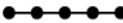
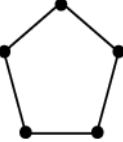

Medizinische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden häufig parallel geplant und in ihren gegenseitigen Auswirkungen und Bedingungen nicht ausreichend erfasst. Kooperation kann nur gelingen, wenn die Handlungen des jeweiligen Partners vorhersehbar und berechenbar sind. Dazu müssen geeignete Formen gefunden werden. Diese fehlen allerdings häufig, weil viele Akteure Verfahrensanweisungen und Programme als Eingriffe in ihre berufliche Kompetenz ansehen (Vahs 2005).

Eine zentrale Frage ergibt sich für Organisation daraus, wie die Kommunikationsbeziehungen zwischen den Mitarbeitern einer Organisation gestaltet werden müssen, damit diese ihre Ziele erreicht. Das Organigramm einer Organisation kann als Netzwerk betrachtet werden. Kommunikationswege, -netze haben Auswirkungen auf die Kommunikation in Gruppen, sei es, weil bestimmte Kommunikationskanäle nicht bestehen, weil Einbahnkommunikation stattfindet oder weil Kanäle gestört sind. Leavitt (1951) führte eine klassische Studie durch, bei der verschiedene Kommunikationsnetze innerhalb von Gruppen verglichen und ihre Wirkung auf das Gruppenverhalten beobachtet wurden. Jede Gruppe bestand aus fünf Mitgliedern, deren Aufgabe es war, ein Problem mit Hilfe verschiedener Teilhinweise, die jedem Mitglied zuteilwurden, zu lösen. Leavitt verglich die Effizienz der verschiedenen Gruppen, wobei er die Kommunikation innerhalb der Gruppen einschränkte, indem er verschiedene Kommunikationsnetze einführt.





Kommunikationsstruktur

	Stern	Y	Kette	Kreis	Voll-Struktur
Beurteilungskriterium					
Zentralisation	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig
Kommunikationsvorgänge	sehr wenige	sehr wenige	mittel	viele	sehr viele
Führung	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig
Gruppenzufriedenheit	niedrig	niedrig	mittel	mittel	hoch
individuelle Zufriedenheit der Führenden	hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig

Quelle: Rosenstiel, L. von (2000). Grundlagen der Organisationspsychologie. Stuttgart: Schäffer-Pöschel, S. 287

Abbildung 53: Kommunikationsstruktur

Die untersuchten **Kommunikationsnetze** unterschieden sich in ihrem Zentralitätsgrad, d.h. in dem Maße, in dem eine Information zu einer zentralen Person hingelenkt werden konnte. Nach dem Experiment wurden die Versuchspersonen befragt, wie viel Spaß ihnen die Teilnahme an den Versuch bereitet hätte. Diejenigen, die im Kreissystem mit Stern gearbeitet hatten, zeigten die größte Zufriedenheit, wahrscheinlich weil diese Form sie zu gleichberechtigten Teilnehmern an der Aufgabe machte. Die Teilnehmer_innen an den zentralisierten Kommunikationsmustern, u.a. der Radstruktur, stufte sich selbst als sehr unzufrieden ein, obwohl sich herausstellte, dass ein zentrales Kommunikationsnetz wie z. B. das Rad zu einer schnelleren und genaueren Problemlösung führte. Effiziente Gruppenleistung und Gruppenzufriedenheit gehen also nicht immer Hand in Hand.

Wie beschreiben Sie das Kommunikationsnetz in Ihrem interprofessionellem Team? Wie zufrieden sind Sie damit?

„Schon Adam und Eva hatten Schwierigkeiten mit der Koordination ihrer Absichten und Handlungen – und sie waren nur zu zweit, sieht man von der Schlange als eingeschlossener Dritter ab. Zwar wissen wir empirisch nicht viel

über den Fall, aber aus den unterschiedlichen Versionen des narrativen Materials muss man wohl schließen, dass dieser erste Versuch der Koordination zweier individueller Handlungsstrategien felgeschlagen ist.“ (Willke, 2001, S. 93)

Interaktionsvermögen bei der Kooperation

Das menschliche Vermögen mit anderen Personen in Interaktion zu treten ist physisch und psychisch begrenzt. Wie groß die Zahl möglicher sozialer Kontakte innerhalb einer Gruppe sein könnte lässt sich anhand der „gruppendynamischen Formel „von Moore errechnen (1986) in Henecka (2015, S. 158). Dabei gilt für eine Gruppe mit der Teilnehmerzahl (n):

Summe der möglichen Zweierbeziehungen: $\frac{n(n-1)}{2}$

Für eine Fünfergruppe bedeutet dies: $\frac{5(5-1)}{2} = \frac{20}{2} = 10$

Für eine Zehnergruppe bedeutet es nun schon: $\frac{10(10-1)}{2} = \frac{90}{2} = 45$

Potenzielle Zweierkontakte bei einer Gruppenstärke von 20 Mitgliedern liegen bereits bei 190.

Berücksichtigt man noch, dass Mitglieder untereinander nicht nur Zweierbeziehungen eingehen können, dann steigt der Interaktionsmöglichkeiten sprunghaft weiter:

- Zwischen Leiter und Mitglied
- Zwischen den Mitgliedern untereinander
- Zwischen Mitglied und der Gruppe als Ganzem
- Zwischen Leiter und der Gruppe als Ganzem

Dies lässt sich mit folgender Formel berechnen:

$$\frac{(3^n - 2^{n+1}) + 1}{2}$$

Nun ergeben sich unvorstellbare mögliche Beziehungskonstellationen:

- 3 Gruppenmitglieder = 6 Möglichkeiten
- 5 Gruppenmitglieder = 90 Möglichkeiten
- 7 Gruppenmitglieder = 966 Möglichkeiten
- 10 Gruppenmitglieder = 28.501 Möglichkeiten.

Berücksichtigt man noch, dass Mitglieder untereinander nicht nur Zweierbeziehungen eingehen können, dann steigt der Interaktionsmöglichkeiten sprunghaft weiter:

Die Zahlen verdeutlichen, dass die Zunahme von Interaktionsmöglichkeiten, einzelne Gruppenmitglieder überfordern können.

Synergetische Kooperation

Eine gemeinsam abgestimmte Ausrichtung der Aktivitäten der Kooperationspartner kann grundsätzlich auf verschiedene Weise hergestellt werden, nämlich:

als additives Modell, in dem beide Partner_innen aufgrund einer Vereinbarung ohne inhaltliche Bezüge im Prozess ihre jeweiligen Beiträge einsteuern (z.B. erst die administrative Aufnahme der Klient_innen, dann die Untersuchung durch die Ärzt_innen),

als Kunden-Lieferanten-Beziehung, in der vertragsähnliche Konstruktionen Rechte und Pflichten der Kooperation regeln (z.B. eine Vereinbarung zwischen Stationen und OP hinsichtlich der notwendigen Vorbereitung der Klient_innen vor der Operation und der mitzuführenden Dokumente) oder

als synergetische Kooperation, also als abgestimmte, koordinierte und neue Qualitäten hervorbringende Zusammenarbeit, die sich in jedem Einzelprozess konstituiert (z.B. die Durchführung eines gemeinsamen Aufnahmegesprächs mit einer Klient_in durch die Ärzt_in und die Pflegekraft) (Dahlgaard 2010).

Für Klient_innenversorgungsprozesse ist die dritte Form *das* bestimmende Paradigma – eine bloße Addition unzusammenhängender Tätigkeiten ist unzureichend, ein ausgefeiltes Vertragssystem für alltägliche Kooperationsituationen unrealistisch (ebenda).

Wenn Mitarbeiter_innen in einem Team oder mehrere Teams in einer Organisation erfolgreich kooperieren sollen, müssen diese von der Leiter_in entsprechend geführt werden. Mit den drei Varianten der Führung in Organisationen (Abbildung 54), sind jeweils anderen Kommunikationsformen verbundenen, die zu unterschiedlichen Kommunikationsstörungen führen können. Eine vielbeachtete Perspektive ist die Betrachtung der Richtungen, die die Kommunikation in Organisationen nimmt. Die resultierenden Kommunikationsflüsse können vertikal als top-down und bottom-up Prozesse sowie horizontal in der Form der Mitarbeiterkommunikation als auch diagonal verlaufen.

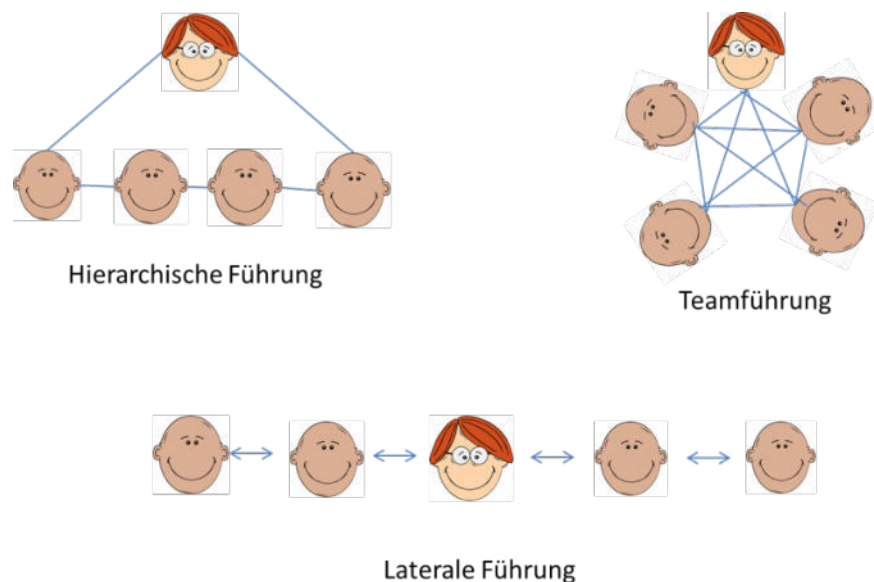


Abbildung 54: Drei Varianten der Führung Modifiziert nach (Reiber 2013, S.10)

Hierarchische Führung

Eine hierarchische Führung und die damit verbundene Kommunikation hat einen großen Anteil in der täglichen Beziehungsgestaltung in Organisationen und ist der wesentliche Kommunikationsfluss bei der Entscheidungsfindung und Entscheidungsumsetzung.



Hierarchie meint die über- und untergeordneten Verhältnisse innerhalb sozialer Beziehungen und somit auch innerhalb eines sozialen Systems (Organi-

sation) (ebenda). Hierarchien sind demnach Ordnungen, die durch Unterschiede bestimmt sind und in diesem Sinne Rangordnungen. Dabei sind die „Ranghöchsten“ weisungsbefugt gegenüber den „Rangniedereren“, das heißt, sie haben mehr oder weniger stark ausgeprägte Entscheidungsgewalt.

Weisungen sind durch einen vertikalen (hierarchischen) Kommunikationsfluss gekennzeichnet. Es besteht die Gefahr eines geringen Informations- und Wissensstands in den unteren Hierarchieebenen. Eine hierarchische Koordination (Aufsicht und Anweisung) kann die Prozesse nicht ausreichend steuern, da die Koordinierungsinstanz bei den Prozessen kaum anwesend ist (Vahs 2005).



Den **Bottom-up Prozessen** und der damit verbundenen aufwärtsgerichteten Kommunikation schreibt Hirokawa (1979) vier Funktionen zu:

1. die Erfolgsüberprüfung nach unten geleiteten Nachrichten,
2. die Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen und der damit einhergehenden Förderung der Akzeptanz von Entscheidungen,
3. die Meinungsäußerung zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Informationen über Prozessstörungen,
4. sie ermöglicht die Testung der Reaktion auf neue Richtlinien und Verfahren oder starke organisationale Veränderungen.



Führungskräfte bekommen dabei letztendlich ein verzerrtes Gesamtbild über die Situation, weil die Unterebenen aus den verschiedensten Gründen absichtlich Informationen zurückhalten können. Als zentraler Faktor wurde in der ersten Studie zur aufwärtsgerichteten Verzerrung von Informationen von Mellinger (1956) die Bedeutung des Vertrauens hervorgehoben. Ein weiteres und zunehmendes Problem der Bottom-up und Top-Down Kommunikation ist das **Filtern**. Durch die zunehmende Menge von Informationen in Organisationen, die zu einer Informationsüberlastung auf Seiten der Empfänger_innen führt (Edmunds & Morris, 2000) werden Informationen zwangsläufig verfälscht.

Teamführung



Aufgabenkoordination, Problemlösung, Teilen von Informationen und Konfliktlösung sind die vier Funktionen, die Hirokawa (1979) der **horizontalen Kommunikation**, der Teamführung zuschreibt.

Selbstbestimmung ist das älteste und einfachste Instrument zur Koordination von Aktivitäten (Vahs 2005). Die Abstimmung erfolgt ohne weitere Einschaltung eines Vorgesetzten. Es sind Gruppenentscheidungen an denen alle für die Entscheidung wichtigen Mitglieder beteiligt sind. Nur sehr kleine Organisationen können sich ausschließlich in dieser Weise Koordinieren, es müssen zu viele Entscheidungsaufgaben wahrgenommen werden, die einen großen Teil der Arbeitszeit in Anspruch nähmen.

Laterale Führung

Die sich weltweit ständig verändernden Anforderungen führen tendenziell zu flachen Hierarchien mit vielfältigen dezentralen Einheiten, die sich den lokalen Bedingungen anpassen und netzwerkartig miteinander verbunden sind. Die sich dadurch verbreitende Praxis der lateralen Führung steht im Zusammenhang mit der allgemeinen Zunahme der Komplexität von Märkten und Organisationen.

Laterales Führen bedeutet „seitliches“ Führen und wird gelegentlich als „Führen, ohne zu führen“ bezeichnet. (ebenda) Mitarbeiter_innen arbeiten in sich immer wieder neu bildenden, problembezogenen Projektteams zusammen und generieren Problemlösungen und Innovationen auf der Grundlage der vorhandenen Vielfalt an Erfahrungen und Wissen.

Mit dem Ruf nach mehr Empowerment für die Mitarbeiter_innen wird von der Führungskraft aber auch gefordert, diese so zu qualifizieren und mit Gestal-

tungsspielräumen auszustatten, dass sie sich proaktiv und selbstverantwortlich im Rahmen der Organisation einbringen können. Zudem setzen solche Maßnahmen voraus, dass sich das Management auch mit den erarbeiteten Vorschlägen auseinandersetzt, sonst können sich die positiven Effekte auch ins Gegenteil verkehren.



Damit verschiebt sich die **Rolle der Führungskräfte** (Elke, 2000). Ihnen kommt vermehrt die Aufgabe der Moderation von Problemlösungsprozessen zu. Die Unternehmensleitung bleibt im Schatten, solange alles weitgehend selbstorganisiert funktioniert. Sie behält die Gesamtverantwortung, beschränkt sich aber weitestgehend auf die Koordination und das Treffen der wichtigsten Entscheidungen.

In einem interprofessionellen Team gibt es möglicherweise unterschiedliche Erwartungen an die Kommunikation. Ein Team braucht Regeln und Strukturen für die Kommunikation: Von den verwendeten Kommunikationswerkzeugen und Dokumentationssystemen (z.B. E-Mail, Intranet-Systeme) über Vereinbarungen zur Erreichbarkeit bis hin zur Kommunikationskultur im Umgang miteinander. Insbesondere wenn Personen mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund, unterschiedlichen Erfahrungen und unterschiedlichen Herangehensweisen zusammenarbeiten ist es wichtig, gegenseitiges Verstehen sicherzustellen: Verstehe ich wirklich, was die andere Person meint? Laterales Führen meint, hier immer wieder sicherzustellen, dass alle noch mit im Boot sind.

Die **diagonale Kommunikation** wird zunehmend als wichtige Dimension neben der vertikalen und der horizontalen erwähnt. Die diagonale Kommunikation erfasst einen Kommunikationsfluss, der außerhalb der vorgesehen formalen Strukturen, wie sie in einem Organigramm abgebildet werden, verläuft. Sie findet zwischen Führungskräften und Mitarbeitern verschiedener Funktionseinheiten statt.

Standardisierung



Ziel der Standardisierung ist es den Versorgungsprozess optimal hinsichtlich der Zielkriterien, Zeit, Kosten und Qualität zu planen und zu gestalten, den Prozess angemessen zu formalisieren und die Verantwortung für Prozessplanung und -durchführung persönlich zuzugeordnen. Die Koordination durch Standardisierung ist historisch der jüngste und differenzierteste Koordinationsmechanismus (Vahs 2005). Ziel ist eine Möglichst zuverlässigen Informationsweitergabe und eine Unterstützung der direkten Kommunikation (Gurt, 2007). Standardisierung beruht im Gegensatz zu den oben dargestellten Führungsinstrumenten nicht auf Personen, sondern auf bestimmte Verhaltensvorschriften, deren Urheber_innen nicht unmittelbar erkennbar sind. Standards gehören zu den Urformen der Qualitätsentwicklung und gelten heute als Grundvoraussetzung für jedes professionelle Handeln (Badura 2001).

Koordinationsinstrumente können Programme sein, die eher als unpersönlich und technokratisch bezeichnet werden können. Programme sind Handlungsmuster, die verbindlich festlegen, in welcher Art und Weise bestimmte Aktivitäten auszuführen sind und wie Informationswege verlaufen sollen. Allerdings sind Programme nur dann sinnvoll, wenn es um Aufgaben mit einem hohen Grad an Gleichartigkeit geht. Das Umfeld jeder Organisation und besonders die schnellen Entwicklungen im Gesundheitswesen brauchen kontinuierliche Anpassungen. Eine Option sind flexible Programme. Im Gegensatz zu starren Programmen, die eine feste Abfolge von Aktivitäten und Informationsfluss festlegen, enthalten flexible Programme konditionale Verzweigungen.

Im Gesundheitswesen kann Kooperation befördern, dass eine gemeinsame, abgestimmte Orientierung der Teilprozesse am zu erzielenden Output (Klient_innennutzen) vorgenommen wird. Solche Modelle zur Interprofessionellen Kooperation werden Sie in den Modulen B ausführlich kennenlernen, wie die Integrierte Versorgung, Klinische Behandlungspfade, und Managed Care.

e-tivity 11 :Mitarbeiter_innenmotivation

Schritt 1: Erstellen Sie eine Motivationsrede für die Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Team.

Bei Veränderungen in Organisationen gibt es immer viele Widerstände und Ängste. Stellen Sie sich vor, Sie wären die Leitung in einer kleinen Gesundheitsorganisation von zehn Mitarbeiter_innen. Sie wollen nun mehr interprofessionelle Zusammenarbeit implementieren. In letzter Zeit haben Sie eine unguete Stimmung im Team wahrgenommen. Nun wollen Sie auf der nächsten Teamsitzung eine kleine Motivationsrede halten, in der sie die Bedenken und Ängste der Mitarbeiter_innen zwar berücksichtigen, aber auch die Dringlichkeit der Veränderung darlegen wollen.

Schritt 2: Erstellen Sie die Rede als Podcast und laden Sie sie auf die Lernplattform und ins ePortfolio hoch. Die Rede sollte ca. 2-5 Minuten lang sein.

Schritt 3: Geben Sie zu mindestens einer anderen Motivationsrede Feedback.

16.4 Zusammenfassung

In viele Unternehmen und Organisationen werden hierarchische Strukturen durch projektorientierte Ansätze ersetzt, was in diesem Kapitel als laterale Führung und Kommunikation beschrieben wurde. Macht ergibt sich hier nicht aus der hierarchischen Verortung einer Person, sondern hängt ab von der Persönlichkeit, der Expertise, sowie der Fähigkeit, andere Menschen zu überzeugen und mit ins Boot zu holen. Laterale Führung erfordert deshalb von der Führungskraft weitreichende kommunikative und soziale Fähigkeiten. Führungspositionen werden eventuell flexibel besetzt, sie ergeben sich als „Rolle auf Zeit“.

Zunehmend wichtig ist die Umgestaltung der Organisation und der Wille aller diese großen Projekte in Angriff zu nehmen. Diese Entwicklung der Veränderung hat begonnen, wird aber in den Folgejahren vermehrt in das Zentrum von Organisationen kommen. Man kann die damit verbundene Unruhe bedauern, aber man kann die Umbauprozesse auch für eine interprofessionelle Arbeit nutzen. Die Hierarchie, besonders im Krankenhaus, wird voraussichtlich nicht weiter wie bisher funktionieren, das zeigt sich jetzt schon an vielen Verände-

rungen. Bereit sein mitzuarbeiten, eine Haltung zur Zusammenarbeit zu entwickeln, könnte letztendlich auch zu Klarheit in den Aufgaben führen und Entlastung schaffen. Veränderungen brauchen Zeit, viel Zeit. Konrad Lorenz (1903-1989, Wiener Verhaltensforscher & Nobelpreisträger) hat diesen langen Prozess in Worte gefasst:

„Gedacht heißt nicht immer gesagt, gesagt heißt nicht immer gehört, gehört heißt nicht immer verstanden, verstanden heißt nicht immer einverstanden, einverstanden heißt nicht immer angewendet, angewendet heißt noch lange nicht beibehalten.“

Interprofessionelle Zusammenarbeit und das Ringen darum ist eine beständige Aufgabe.

16.5 Literatur

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:1-26.

Beck, R, Schwarz, G. (1995). *Konfliktmanagement*. Publisher, Sandmann.

Boguth, K., Johannes Neubauer, J. (2002). *Kommunikation, Kooperation und Koordination im Rahmen pflegerischer Arbeitsabläufe am Beispiel einer internistischen Station eines Krankenhauses*. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer/eines Diplom-Pflegewirt(in) an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon"; im Studiengang Pflege/Pflegemanagement.

Dahlgaard, P. (2010). Organizational learnability and innovability: A system for assessing, diagnosing and improving innovations. *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 2 Issue: 2, pp.153-174.

Edmunds, A., Morris, A. (2000). *The problem of information overload in business organisations: a review of the literature*. Department of Information Science, Loughborough University, Loughborough, Leics LE11 3TU, UK.

Elke, G. (2000). *Management des Arbeitsschutzes*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Gurt, J. (2007). Gesundheit als Thema der betrieblichen Kommunikation. In Bärenz, P., Metz, A.-M., Rothe, H.-J. (Hrsg.) (2007). *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit: 14. Workshop*. S. 351-354 Asanger, Heidelberg.

Hirokawa, R. (1979). Communication and the managerial function: Some suggestions for improving organizational communication. 8, 83–95.

Leavitt, H. J. (1951). Some Effects of Certain Communication Patterns on Group Performance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 38-50.

Mellinger, G. D. (1956). Interpersonal trust as a factor in communication. 52, 304–309.

Moore, W. E. (1986). *Strukturwandel der Gesellschaft*. Juventa, München. 3. Auflage. In: Henecka, H. P. (2015). *Grundkurs Soziologie*. UVK, Konstanz. 10 Auflage.

Pixabay (o.D.): *Organisation Teamarbeit*. Zugriff am 17.01.2018. Verfügbar unter https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTD4gldfbYmJE_E8UuPFQyxFO4CnN-CmcNSs9x266AGuJ5vqoBj3

Reiber, W. (2013). *Führung und Rollen in der Organisation*. In: *Vom Fachexperten zum Wissensunternehmer*. Springer Gabler, Wiesbaden.

Rosenstiel von, L. 2000. *Grundlagen der Organisationspsychologie*. Schäffer-Pöschel, Stuttgart. 6. Auflage.

Senge, P. (2006). *Die Fünfte Disziplin*. Klett-Cotta, Stuttgart. 10. Auflage.

Sisignano, A. (2001). *Kommunikationsmanagement im Krankenhaus*. So informieren Sie professionell und effizient. Neuwied und Kriftel.

Vahs D. (2005). *Organisationen. Einführung in die Organisationstheorie und –praxis*. Schäffer-Pöschel, Stuttgart. 5. Auflage.

Willke H. (2001): *Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme*. Lucius und Lucius, Stuttgart. 3. Auflage.

17. Konflikte in Organisationen

Die Belastungen der Gesundheitsfachberufe sind vielfältig und ergeben sich u.a. aus einer komplexen Arbeitsorganisation, Veränderungsprozessen, Personalmangel sowie psychischer und physischer Herausforderungen. Angespanntheit und Stress bleiben da nicht lange aus. Schon bei kleinen Störungen im Arbeitsablauf kommt es zu Reibereien. Nicht selten entstehen schwebende oder offene Konflikte zwischen einzelnen Personen oder Abteilungen. Es fehlen 'Rezepte' mit den Situationen erfolgreich umzugehen. Gerüchte tauchen auf, Aufgaben bleiben liegen und die Krankheitsfälle nehmen zu.

Mit erlebter Gegensätzlichkeit des Verhaltens und konflikthaften Interaktionsprozessen, wie beispielsweise der Eskalation von Konflikten, haben Sie sich im Modul A1 bereits beschäftigt. In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt in der Konfliktanalyse auf der Meso-Ebene: Widerstreite in Organisationen und einem kurzen Einblick in Konflikte der modernen Arbeitswelt (Makro-Ebene).

Glasl 2004, S. 67 ff. spricht von einer Konflikt-Arena auf drei Ebenen:



Mikro-soziale Konflikte: Die streitenden Personen begegnen einander direkt (Einzelpersonen, kleine Gruppen).

Meso-soziale Konflikte: Die Konfliktparteien agieren als Repräsentanten bestimmter Organisationseinheiten und handeln in Ausübung einer formal definierten Funktion.

Makro-soziale Konflikte: Gesellschaftliche Gruppierungen, Interessensverbände, öffentliche Medien und dgl. greifen aktiv in das Konfliktgeschehen einer Organisation ein.

17.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Studierende:

- können das Wissen von Modul A1 anwenden und auf das Geschehen in Organisationen übertragen.
- sind in der Lage Konfliktlösungen zu erarbeiten.
- wenden ihr Wissen auf die Interprofessionelle Arbeit an.
- leiten aus klassischen Konfliktkonstellationen Strategien zur Vermeidung zukünftiger Konflikte ab.

Studieninhalte:

- Kooperation und Konkurrenz
- Konflikte in der modernen Arbeitswelt
- Konflikte in Organisationen
- Konflikte klären

17.2 Konflikte in der Kooperation in Organisationen



Konflikte in Institutionen entstehen dann, wenn zwei Organisationsparteien gleichzeitig so planen oder handeln, dass sich die jeweils andere Partei dadurch behindert, blockiert, bedroht oder verletzt fühlt (Regnet 1992).

Mitarbeiter_innen sind innerhalb und außerhalb von Organisationen in mehreren Systemen vernetzt. Einerseits in den meisten Fällen in die Familie und andererseits in die Einrichtung, für die gearbeitet wird. Alleine zwischen diesen großen Aufgabenkreisen sind zahlreiche Konflikte auf der **Makro-Ebene** denkbar. Finden zudem noch ein berufsbegleitendes Studium statt, ist die Vereinbarkeit aller Bereiche eine große Herausforderung.

Jede Einrichtung hat Untersysteme, die in einem **Organigramm** aufgeführt und visualisiert werden können. Innerhalb dieser verschränkten Konstrukte machen Mitarbeiter_innen in ihren Abteilungen an ihrem jeweiligen Platz ihre Arbeit und erledigen die notwendigen Aufgaben (Wehner et al. 2010).

Die Art und Weise, wie Teammitglieder kooperieren und sich gegenseitig informieren, ist mitentscheidend für Konfliktpotentiale und daraus bedingten Frustrationen, allgemeiner Unzufriedenheit mit der Arbeit, fehlendes Engagement bis hin zur inneren Kündigung (Kuipers 2005). Kommt es im Krankenhaus zu Schwierigkeiten, ist häufig nicht eine Klient_in der Anlass, sondern es geht oft um Konflikte zwischen den Berufsgruppen oder auch innerhalb einer Berufsgruppe.

Im Gesundheitswesen entsteht Konfliktpotenzial auf der **Meso-Ebene** sowohl durch eine hierarchische Organisation der Zusammenarbeit als auch durch eine gleichberechtigte Diskussion bei Entscheidungen einzelner Professionen (Carayon et al. 2006). Grundsätzlich lässt sich sagen: je umfangreicher die zwangsläufige Vernetzung der Mitarbeiter_innen ist, umso mehr Stressoren gibt es. Der Arbeitsplatz Krankenhaus ist ein spezieller Raum, in dem Menschen und unterschiedliche Gruppen aufeinandertreffen. Häufig trauen sich die Beteiligten nicht, einen Konflikt offen anzusprechen. Gerade in sehr hierarchischen Systemen, wie sie in Krankenhäusern noch zu finden sind, ist das der Fall. Schließlich prüft jeder instinktiv im Inneren, welchen Nutzen und welche Risiken damit verbunden sind, Probleme anzusprechen. Schwierigkeiten entstehen aber auch im ambulanten, besonders im mobilen Bereich, wo sich Mitarbeiter_innen oft alleingelassen fühlen oder die Kommunikation auf Grund von mangelnden Strukturen gar nicht oder nur sehr gering stattfindet.

Gut die Hälfte der Beschäftigten empfindet Konflikte oder Spannungen bei der Arbeit als häufige und schwerwiegende Belastung (Paridon et al. 2004). Es gibt eindeutige Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung durch die direkte Führungskraft und ein selteneres Auftreten von Burnout, Depression, Ängstlichkeit, psychosomatischen Beschwerden und sonstigen Gesundheitsbeschwerden (Karasek & Theorell 1990; Zapf & Semmer 2004; Zimolong & Bierhoff 2008).



Sehen Sie zur Wiederholung zum Thema Konflikt auf der Mikro-Ebene den You Tube Film: Optimale Lösungen bei Streit und Ärger an: <https://www.youtube.com/watch?v=5ZKmTh7dcpQ>

Erarbeiten Sie sich die Power Point Präsentation: „Mit Dir kann ich nicht arbeiten!“ Themen wie Kooperation und Konkurrenz sowie Konflikte in Organisationen werden näher dargelegt. Wenn Sie auf das Soundzeichen klicken, hören Sie die Ausführungen. Sie können jede Folie auch noch mal einzeln anhören so oft wie Sie möchten.



e-tivity 12: Konfliktlösung im interprofessionellen Team

Im Modul A1 haben Sie bereits ein Video über einen Konflikt im Berufsfeld dargestellt. Sie können nun gerne auf dieses Video zurückgreifen.

Schritt 1: Schauen Sie sich als Vorbereitung für Ihre interprofessionelle Gruppenarbeit alle Videos Ihrer Gruppenteilnehmer_innen an.

Schritt 2: Wählen Sie als Gruppe ein Video aus, dass Sie in der Präsenzphase mit Hilfe eines Rollenspiels bearbeiten wollen. Ein interprofessioneller Konflikt wäre wünschenswert, ist aber nicht Voraussetzung.

Schritte 3 bis 5: BEARBEITUNG IN DER PRÄSENZ

Schritt 3: Reflektieren Sie während der Präsenz, wie es zu diesem Konflikt gekommen ist. Beantworten Sie u.a. folgende Fragen:

- Wie macht sich der Konflikt bemerkbar?
- Welche Faktoren haben zum Konflikt geführt?
- Wo genau liegen die Probleme?
- Welche Positionen vertreten die Beteiligten?
- Welche Interessen und Bedürfnisse stehen dahinter?
- Was kann die Motivation der Einzelnen sein?
- Welche Werte und Haltungen sind Grundlegend?
- Was soll erreicht werden?
- Was soll vermieden werden?
- Handelt es sich um einen Beziehungs- oder Aufgabenkonflikt?

Schritt 4: Diskutieren Sie konstruktive Lösungsstrategien und erstellen Sie eine kurze Analysebeschreibung (siehe Fragen als Anregung).

Schritt 5: Verteilen Sie die Rollen für ein Rollenspiel (max.10 Minuten Dauer).

17.3 Zusammenfassung

Das Arbeitsleben gestaltet sich zwischen Konkurrenz und Kooperation, sie sind die wichtigsten Aspekte interpersonalen Verhaltens und sozialer Interaktion (Weise 1997). Konkurrenz führt zu Konflikten, ist aber auch zur Weiterentwicklung aller förderlich. Je nach Einrichtung, ambulante Gesundheitsversorgung, Klinik oder Heim, ergeben sich andere Themen in der Kooperation und entsprechend Konflikte.

Konflikte bei der Arbeit sind nichts Ungewöhnliches. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen sind mal stärker, mal schwächer. Halten Konflikte an, hat das gravierende Folgen. Sie verschlechtern die gesamte Atmosphäre, sowohl nach innen wie auch nach außen.

Mitarbeiter_innen haben zwar durchaus professionelle Strategien erworben, mit der Krankheit und dem Leid von Klient_innen umzugehen. Für Konflikte mit anderen Mitarbeiter_innen gilt das aber weniger. Die Kooperation untereinander stellt daher häufig eine viel größere Belastung dar als die Arbeit mit Klient_innen.

Für die Mitarbeiter_innen in den Gesundheitsberufen, die einerseits in ihrer beruflichen Tätigkeit in großen Teilen sehr empathisch und fürsorglich sind, ist es oft nicht leicht auf der anderen Seite in die Auseinandersetzung mit Kolleg_innen und Vorgesetzten zu gehen. Das Aufeinanderprallen im Team oder in der Organisation muss man aushalten und auch wollen, es sogar als produktiv betrachten. Gut wäre, wenn alle Beteiligten Konflikte in einem frühen Stadium erkennen und lösen (Berkel 2002). Ungeklärte Konflikte gehen immer zu Lasten der Klient_innen und zur Mitarbeiter_innenzufriedenheit.

17.4 Literatur

Berkel, K. (2002). *Konflikttraining: Konflikte verstehen, analysieren, bewältigen*. Fachmedien Recht und Wirtschaft in Deutscher Fachverlag GmbH. Frankfurt am Main. 7. Auflage

Carayon, P., Haims, M. C., Hoonakker, P. L. T., & Swanson, N. G. (2006). Teamwork and musculoskeletal health in the context of work organization interventions in office and computer work. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7(1), 39–69.

Glasl, F. (2004). *Konfliktmanagement: Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*. Freies Geistesleben Stuttgart.

Jehn, K.A. & Bendersky, C. (2003). Intragroup conflict in organizations: A contingency perspective on the conflict-outcome relationship. In R.M. Kramer & B.M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior*, vol. 25 (pp. 187–242). Oxford, UK: Elsevier.

Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Book

Kuipers, B. (2005). *Team development and team performance. Responsibilities, responsiveness and results: A longitudinal study of teamwork at Volvo trucks Umeå*.

Paridon, H., Bindzius, F., Windemuth, D., Hanßen-Pannhausen, R., Boege, K., Schmidt, N., Bochmann, F. (2004). *Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. Report 5*.

Regnet, E. 1992. *Konflikte in Organisationen*. Verlag für Angewandte Psychologie. Göttingen, Stuttgart.

VEGA-Schulz (2014). You Tube Film: Die optimale Lösung bei Streit und Ärger hier schnell erklärt Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=5ZKmTh7dcpQ>

Wehner, L. Brink, Th., Herdlitzka, M. (2010): *Kreatives Konfliktmanagement im gesundheits- und Krankbereich. Gesunde ZwischenMenschlichkeit* Springer Wien New York.

Weise, P. (1997): *Konkurrenz und Kooperation*, in: Held, M. (Hrsg.), *Normative Grundfragen der Ökonomik*. Frankfurt/New York, 1997, S. 58-80

Zapf, D., & Semmer, N. K. (2004). *Stress und Gesundheit in Organisationen*. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie, D/III (3) (2. Aufl., S. 1007–1112)*. Göttingen: Hogrefe.

Zimolong, B., Elke, G. & Bierhoff, H.W. (2008). *Den Rücken stärken. Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung (Back strengthening. Basic principles and programs of working health promotion)*. Göttingen: Hogrefe.

Weitere Literatur in der Präsentation

18. Interprofessionelles Lernen (IPE) für Interprofessionelle Kooperation (IPC)



Als Lernen bezeichnet man für gewöhnlich das Aneignen von Kenntnissen. Für das Lernen interprofessioneller Kompetenzen reicht der Erwerb von Kenntnissen nicht aus. Überlegen Sie, was muss man für die interprofessionelle Kommunikation und Kooperation lernen?

18.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Studierende:

- wissen um die Ausbildung eines gemeinsamen mentalen Modells, auch schon während der Berufsausbildung und dem Studium
- sind bereit miteinander Lernen, voneinander lernen und übereinander lernen zu lernen

Studieninhalt:

Lernen in der Ausbildung, Studium und Beruf

18.2 Interprofessionelle Kooperation lernen

Damit Meinungsverschiedenheiten auf konstruktive und respektvolle Weise gelöst werden können, sollte eine interprofessionelle Kommunikation und Interaktion während der Ausbildung zur Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen unabdingbar sein (Koch & Horn 2013). Die Ausbildung eines gemeinsamen mentalen Modells, indem die interprofessionellen Teammitglieder versuchen, aus ihren jeweils unterschiedlichen Informationen und Sichtweisen zu einem Sachverhalt ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln, dient als

Grundlage für die Interpretation neuer Informationen und als Basis für Entscheidungen (St. Pierre et al. 2011).

Lernen und Kommunikation bedingen sich wechselseitig; darin liegt die Verbindung der zwei Elemente (Göhlich 2007). Die Wissensbildung ist als Folge des Lernens erheblich davon abhängig, in welchem Bewusstseinsgrad sich der Lernende zu seiner Umgebung in Beziehung setzt, kommuniziert und interagiert, sowie aus dieser Erfahrung assoziativ subjektive Erkenntnisse und Kategorien bildet, welche als Interpretationssystem vergangene und zukünftige Kommunikations- und Lernprozesse mitgestalten (ebenda). Es entsteht die Notwendigkeit, über rückversichernde Feedbackschleifen regelmäßig sicher zu stellen, dem anderen in seiner Andersartigkeit und dem, was er meint, zu begegnen. Dies gilt im Besonderen auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Um Kompetenzen für die Kooperationsbereitschaft und gelungene interprofessionelle Kooperation zu fördern, braucht es ein gemeinsames Erlebnisfeld in dem Lernen und Kommunizieren stattfinden kann.

Gesellschaftliche Einflüsse, z.B. durch den demografischen und sozialen Wandel, sowie den technischen Fortschritt haben die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen verändert und fordern u.a. eine Interprofessionalität. Zur Überwindung der Hindernisse in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis ist es erforderlich bereits in der Ausbildung zusammen zu lernen. Dabei wird ausdrücklich die gemeinsame Ausbildung zwischen dem Bereich Medizin und den übrigen Gesundheitsberufen betont Dahlgren (2010) & Sottas (2012).

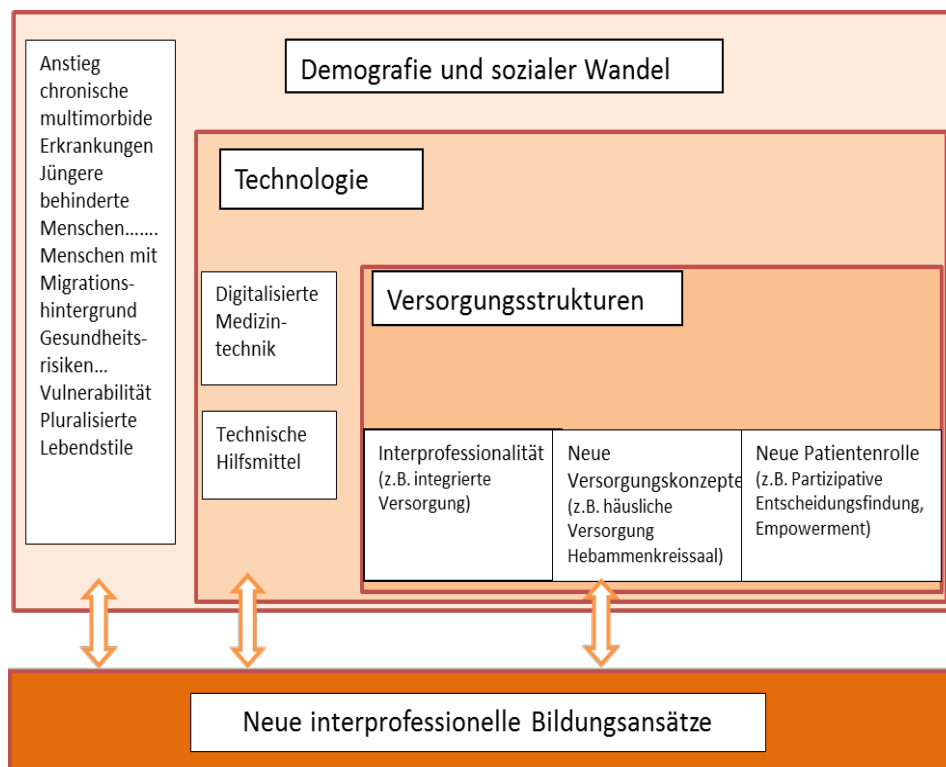


Abbildung 62: Gesellschaftliche und demografische Veränderungen, ihre Wechselwirkung mit Versorgungsstrukturen und daraus resultierende Anforderungen an interprofessionelle Bildungsansätze von Handgraaf et al. 2016, S.48.



In den dominierenden Bildungsstrategien kommt dem interprofessionellen Lernen eine nachgeordnete Position zu; Fachexpertise wird durchwegs höher gewichtet als Kooperationskompetenz (Sottas et al. 2013).



Gemeinsame Lehrveranstaltungen Studierender und Auszubildender aller Gesundheitsberufe bieten die Möglichkeit, das Verständnis für andere Berufsgruppen zu vertiefen, und damit langfristig die Kooperation in der klient_innenzentrierten Versorgung zu fördern. Für eine gemeinsame Ausbildung/Studium reicht es nach der OECD (1977) allerdings nicht aus, die verschiedenen Studiengänge lediglich organisatorisch an der gleichen Berufsfachschulen/Hochschulen anzusiedeln und den Lehr- und Forschungsbetrieb in parallelen fachlichen Silos weiterlaufen zu lassen. Die mangelnde Berücksichtigung der Teamarbeit und die Abschottung der Berufe untereinander führt dazu, dass nur „unzulänglich vorbereitete Absolventen in das Gesundheitssystem entlassen werden“ (Frenk et al., 2010, S. 5). Es braucht **eine integrierende Vision**

und Bildungsstrategie, um die Neuausrichtung als Gesamtvorhaben institutionell zu festigen und interprofessionelles Lernen in gemeinsamen Veranstaltungen zu fördern. Ein besseres Verständnis für andere Berufsgruppen, positive Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit, Berufszufriedenheit wächst beim gemeinsamen Lernen (Olson 2014). Den eigenen Standpunkt in interprofessionellen Kontexten zu formulieren, zu reflektieren und zu argumentieren ist ein weites Ziel der gemeinsamen Ausbildung.



Sehen Sie sich den Blog von Careum zur Tagung an: der European Interprofessional Practice and Education Network (EIPEN) inspirierte und motivierte für die Interprofessionelle Bildung (IPE) und Zusammenarbeit (IPC). Inklusive des Interviews mit André Vyt, den Vorsitzenden von EIPEN: <https://blog.careum.ch/interprofessionell-lernen-denken/>



Die interprofessionelle Ausbildung, **Interprofessional Education (IPE)** hat das Ziel, durch gemeinsames Lernen, **Interprofessional Learning (IPL)** auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, **Interprofessional Collaboration (IPC)** im späteren Berufsleben vorzubereiten und damit einen Beitrag zu einer klient_innenorientierten Gesundheitsversorgung leisten zu können. Professionen lernen dabei mit-, von- und übereinander zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Versorgungsqualität. Das Lernen über, von und mit anderen Berufen der gesundheitlichen Versorgung trägt entscheidend zur Bildung einer eigenen professionellen Identität bei (Barr 1998).

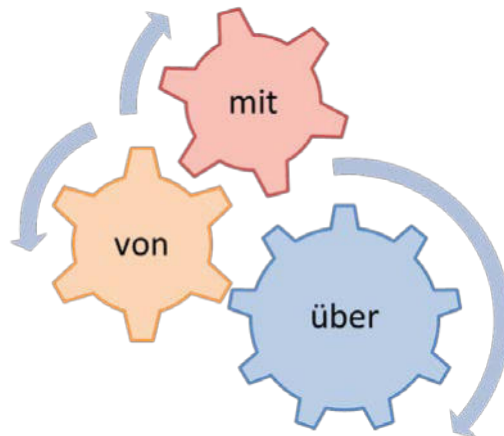


Abbildung 63: 'With', 'From' and 'About' the process of interprofessional learning.
<https://wwz.ifremer.fr/en/The-Institute>



Miteinander lernen (sich etwas in berufsübergreifenden Gruppen erarbeiten), voneinander lernen (sich gegenseitig Wissen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln) und übereinander lernen (über die anderen Professionen erfahren, ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten) ist der Prozess des interprofessionellen Lernens. Die Studienergebnisse zeigen, dass Interprofessional Education (IPE) in gemeinsamen Lehrveranstaltungsprojekten an Hochschulen zu einem besseren Verständnis für die jeweils anderen Berufsgruppen führt und damit die eigene Berufszufriedenheit wächst (Cheater et al. 2005).



Optionale Reflexionsaufgabe:

Verbesserungspotenziale für das Lernen miteinander, das voneinander lernen aufdecken. Beschreiben Sie, was Sie übereinander gelernt haben und machen Sie sich gern Notizen für die Präsenzveranstaltung.

Beantworten Sie folgende Fragen:

Wie war bis jetzt, das miteinander Lernen? Gibt es Verbesserungspotenziale?
Was haben Sie im Besonderen von voneinander gelernt? Was haben Sie übereinander gelernt?

Einen kleinen Film drehen, der interprofessionelle Zusammenarbeit vermittelt. Wenn man im Internet recherchiert findet man keinen guten Film der die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit darstellt. Vielleicht haben Sie im Augenblick keine Zeit, aber es ergibt sich in einem anderen Zusammenhang.

18.3 Zusammenfassung:

Gemeinsam Lernen, so dass sich kollektive Handlungsroutinen und Normen, neue Methoden der Arbeitsteilung, sowie eine gemeinsame Fachsprache ausbilden ist eine Herausforderung, die immer wieder ein Lernen voneinander, miteinander und übereinander erfordert. Kollektive Erfahrung mit zunehmendem Konsens über Standardprozeduren und das gemeinsame Erlernen von erfolgreichen Vorgehensweisen ist das Ziel für die Praxis. Das Aufnehmen und Austauschen von handlungsrelevanter Information, bei gemeinsamer Gruppenarbeit in möglichst kleinen und heterogenen Gruppen ist sinnvoll.

18.4 Literatur

Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), S. 181-187.

Charles, G., Bainbridge, L., Gilbert, J. (2010). The University of British Columbia model of interprofessional education. *J Interprof Care*. 2010;24(1) pp 9-18.

Cheater, F.M., Hearnshaw, H., Baker, R., Keane, M. (2005). Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *Int J Nurs Stud*. 2005;42 pp 779–791.

CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010); A National Interprofessional Competency Framework. Zugriff am 07.01. 2018. Verfügbar unter https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

Dahlgren L. O. (2010). Interprofessional learning as a means of enhancing professional competence. Volume 104, Issue 1, pp 5–9. *Interprofessionelles Lernen als Mittel zur Verbesserung der fachlichen Kompetenz*. Linköping University, Sweden.

Drumm, S., Achenbach, A., Hellmann, W. (Hrsg.) (2005). Integrierte Versorgung mit Klinischen Pfaden erfolgreich gestalten. Praktische Tipps zum Prozess-, Kosten- und Erlösmanagement. Ecomed, Landsberg.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken. Zürich: Careum. Zugriff am 07.01. 2018. Verfügbar unter <http://www.careum.ch/lancet-report>.

Göhlich, M. (2007). Aus Erfahrung lernen. In: Göhlich, M.; Wulf, Ch.; Zirfas, J. (Hrsg.) (2007). Pädagogische Theorien des Lernens. Weinheim, Basel, 191-202.

Göpel, E. (2009). Reformdynamik im Gesundheitswesen und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder – Konsequenzen für die akademische Ausbildung der Gesundheitsberufe. Dokumentation der Tagung "Zukunft der Gesundheits- und Pflegestudiengänge – Herausforderungen zwischen Bologna-Zielen und Beschäftigungsentwicklung" vom 19.06.2009 in Berlin. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e.V., S. 39-53.

Handgraaf, M., Dietrich S., und Grünberg, Ch. (2016). Interprofessionelles Lehren, lernen und Handeln – strukturelle und didaktische Herausforderungen. International Journal of Health Professions Volume 3 Issue 1. pp 47-56.

IPEC Report (2011). Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington D, C.: Interprofessional Education Collaborative.

Koch, L.F., Horn, H. (2013). Interprofessionelles Lehren und Lernen: ein Paradigmawechsel in der Ausbildung der Gesundheitsberufe ist notwendig. Padua 8(2), S. 103-107.

Kraatz, A. (2017). Zusammenarbeit Leben rettet. Careum. Zugriff am 07.01. 2018. Verfügbar unter <https://blog.careum.ch/interprofessionell-lernen-denken/>

Nissen, L., Moran, M. (2002). The Process of IPL (as inspired by the CAIPE definition of IPE): 'With', 'From' and 'About' gears intermesh in the process of interprofessional learning. Acknowledgements.

OECD (1977). Health, Higher Education and the Community. Towards a Regional Health University. Report of an International Conference at OECD Paris, 15th–18th December 1975. Paris: OECD.

Olson, R., Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: a systematic review. Medical Education 2014: 48 pp 236-246.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., Zwarenstein M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3.

Sottas, B., Brügger, S. Meyer C. P. (2013) Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten. ZHAW Reihe Gesundheit N 1.

St. Piere, M., Holfinger, G., Buerschaper, C. (2011): Notfallmanagement: Patientensicherheit und Human Factors in der Akutmedizin. 2 Aufl. Springer Bern Heidelberg.

Walkenhorst U. (2016). The Meaning of Interprofessional Education and Collaborative Practice for the Academisation of Health Professions. Die Relevanz Interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe. *International Journal Of Health Professions.* Volume 3, Issue 1, 2016, pp 21–28.

Walkenhorst U., Mahler, C., Aistleithner R., Hahn, E.G., Kaap-Fröhlich, S., Reiber, K., Stock-Schröer, B., Sottas, B. (2015) Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ *GMS Z Med Ausbild* 2015;32(2): Doc22 *GMS Journal for Medical Education.* Zugriff am 18.01.2018: Verfügbar unter <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2015-32/zma000964.shtml>

WHO – World Health Organization (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborativer Practice. Zugriff am 07.01. 2018. Verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1

Wilhelmsson, M., Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L.O., Faresjo, T. (2009). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping--ground-breaking and sustainable. *J Interprof Care.* 2009;23(2) pp121-133.

Wissen.de (o.D.): Lernen. Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <http://www.wissen.de/wde/generator/wissen/ressorts/natur/naturwissenschaften/indexoffline.page=2468214.html>

19. Interprofessionelle Netzwerkarbeit

Der Bedarf an Netzwerkarbeit ist vielfältig und umfasst neben der Bearbeitung drängender Fragen auch die Notwendigkeit sich als gemeinsame Vertretung in berufspolitischen und Ausbildungsfragen zusammenzuschließen. Um diesen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung besser begegnen zu können, bedarf es einer verstärkten Vernetzung von Institutionen, Initiativen und Akteur_innen sowie eines intensivierten Austausches zwischen den verschiedenen Professionen.

19.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden:

- wissen um die Wichtigkeit von Netzwerken
- kennen deren Strukturen und Kommunikationsherausforderungen

Studieninhalt:

Herausforderungen der Netzwerkarbeit

19.2 Netzwerkarbeit

Der Begriff „Netzwerk“ wird in der wissenschaftlichen Literatur vieldeutig und unscharf verwendet. „Mit Netzwerken werden unterschiedliche Phänomene verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen bezeichnet, so dass man genau genommen von ‚dem Netzwerk‘ oder einer einheitlichen Definition nicht sprechen kann“ (Wetzel 2004, S. 59). Je nach Disziplin und theoretisch-konzeptionellem Hintergrund werden verschiedene Begrifflichkeiten und Definitionen gebraucht. Der Begriff des Netzwerks ist mit heterogenen Vorstellungen verbunden und wird als Synonym für Kooperationen, strategische Allianzen, soziale Bewegungen oder virtuelle Organisationen verwendet.



Im Folgenden fokussiert sich die Begriffsbestimmung und – eingrenzung ausschließlich auf das Netzwerk als **reale Organisationform** und schließt insofern **nicht-institutionalisierte Netzwerke** wie beispielweise Freundschaftsnetzwerke und virtuelle Netzwerke aus. In den letzten Jahren hat die Netzwerkforschung sich zunehmend entwickelt und hat Anleihen in ganz unterschiedlichen Disziplinen gemacht; der Sozialpsychologie (bei der Suche nach Kooperationsmodellen), der Organisationssoziologie (u.a. hinsichtlich der Spezifika von Netzwerken, Change Management), der Betriebswirtschaftslehre (zu Fragen des Managements und der Strategieentwicklung) und der Politikwissenschaft (Bauer & Otto 2005). „*Vernetzungen als Modus einer abgestimmten, gemeinschaftlichen Zielerreichung gehört zu den Grundformen gesellschaftlichen Zusammenlebens.*“ (Bauer & Otto 2005, S.11) Um zukünftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen gerecht zu werden, ist eine Netzwerkarbeit für die Gesundheitsberufe unerlässlich.

Die rasante Entwicklung der Netzwerkforschung hängt mit vielfältigen Hoffnungen, die an die Netzwerkarbeit geknüpft sind zusammen. Netzwerke ermöglichen laut Fürst 2002 mehr Flexibilität, die in herkömmlichen Institutionen verloren gegangen ist. Es entstehen leichter neue Ideen, Innovationen und Synergieeffekte durch das Zusammenspiel von verschiedenen Akteuren.

Solche **Synergien** können sein:

- Eine bessere Öffentlichkeitsarbeit durch Bündelung und gegenseitige Unterstützung.
- Eine stärkere politische Einflussnahme durch gemeinsame Lobbyarbeit.
- Eine Verbesserung von Dienstleistungen und Angeboten (wie zum Beispiel Beratung) durch eine Aufteilung unter den Netzwerkpartner.
- Die Durchführung übergreifender Projekte, zu denen die einzelnen Organisationen sonst nicht in der Lage wären.
- Eine Verbesserung des Informationsflusses und des Zugangs zu Informationen.

- Zugang zu Wissen und eine Zunahme von Fähigkeiten durch Erfahrungsaustausch und gemeinsame Lernprozesse.
- Unterstützung und Solidarität bei Themen und Anliegen, die die anderen Netzwerkpartner nicht unmittelbar betreffen (Teller & Longmuß 2007).

Unterschiede zwischen Organisationen und Netzwerken



Organisationen dienen einem oder mehreren definierten Zwecken und müssen Entscheidungen treffen, sie müssen dazu Entscheidungsträger benennen, die in der Hierarchie den anderen Mitgliedern Anweisungen erteilen können. Bei **Netzwerken** trifft das weniger oder nicht zu. Netzwerke zeichnen sich durch gleichberechtigte Kommunikation, Selbstorganisation, Enthierarchisierung und Ressourcenaustausch aus. Größere Netzwerke (über 7 bis 12 Akteure) brauchen jedoch eine interne Arbeitsteilung und eine zentrale Netzwerkkoordination.

Das System von Organisationen hat Grenzen.

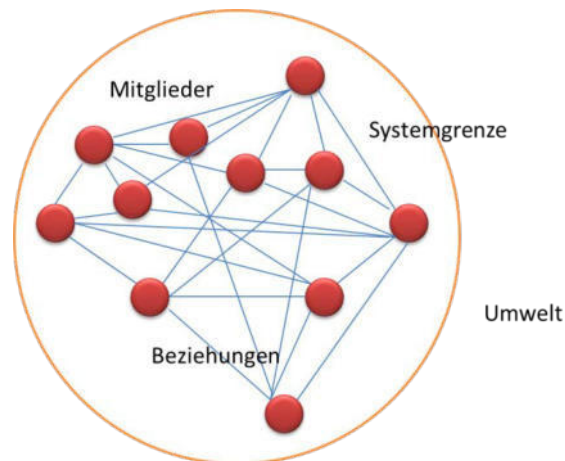


Abbildung 64: Organisationsstrukturen. Modifiziert nach <http://www.kreanets.com/fileadmin/documents/Netzwerker>

Netzwerke haben keine Grenzen, Mitglieder können zu einem Zeitpunkt aktiv oder nicht aktiv sein. Mitglieder können eine aktive — oder eine nicht aktive Beziehung pflegen. Auf dem Papier Mitglied zu sein, macht aber kein Netzwerk. Entscheidend für den Erfolg eines Netzwerks ist zuletzt die Qualität der Beziehungen untereinander. Denn sie sorgen für den wertvollen Erfahrungsaustausch, für das Voneinander-Lernen und auch das notwendige gegenseitige Vertrauen, um mit einer Stimme zu sprechen.

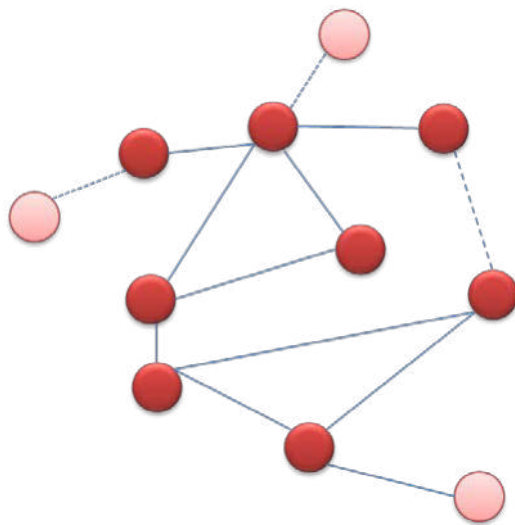


Abbildung 65: Netzwerkstrukturen. Modifiziert nach <http://www.kreanets.com/fileadmin/documents/Netzwerker>

Zusammenarbeit in Netzwerken sollte für alle Seiten einen für sie definierten Gewinn abwerfen. Dauerhafte Zusammenarbeit ist dabei günstiger als punktuelle Zusammenarbeit „, wenn es brennt“.

Netzwerke sind stör anfällig. In Netzwerken finden sich unabhängige Organisationen zusammen, die alle vom Prinzip her gleichrangig sind. Konkrete Personen fungieren als Vertreter von Organisationen, Einrichtungen und Diensten. Diese Form der Kooperation birgt eine eigene Dynamik, die sich aus den

Spannungen zwischen Netzwerkaufgaben und Organisationsinteressen speist.

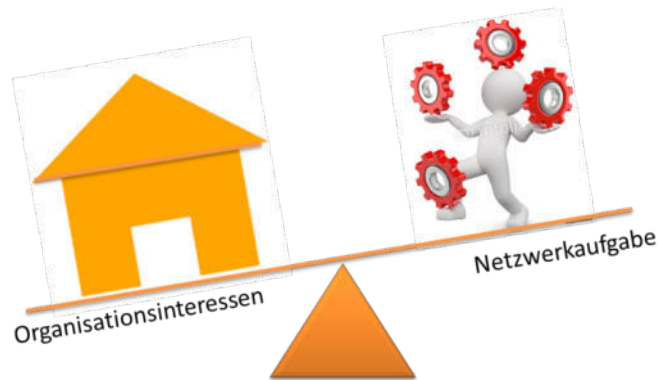


Abbildung 66: Konfliktpotenziale durch unterschiedliche Interessenlagen, eigene Abbildung

Anders als Verbände oder Unternehmen sind Netzwerke in der Regel wenig oder gar nicht hierarchisch organisiert. Es existiert kein formales Entscheidungszentrum, wie beispielsweise in Verbänden oder Vereinen, die Vereinsvorsitzenden oder Vorstände haben, die Autorität ausüben können. Wichtige Entscheidungen werden von den Netzwerkpartner_innen gemeinsam getroffen. Diese Ausgangslage stellt besondere Anforderungen an die von den Akteur_innen bestimmte Leitung. Fühlen sich einzelne Mitglieder übergangen oder von Entscheidungsprozessen ausgeschlossen, kann dies dazu führen, dass sie sich zurückziehen. Netzwerke, die über zwölf Personen hinausgehen, brauchen eine Steuerung. *„Die zentrale Steuerungsaufgabe ist es, Ziele, Umweltbedingungen, Akteure, Handlungen und Gruppendynamik, Ressourcen, strukturelle Bedingungen und Vorgehensweisen so aufeinander abzustimmen, dass das Netzwerk funktioniert und brauchbare Ergebnisse entwickelt werden.“* (Miller 2005, S.111)

Steuern ist dabei ein dynamisches Vorgehen, das zwar auf Planung beruht, aber Kontextbedingungen berücksichtigt und prozessuale Flexibilität und Offenheit voraussetzt. Die Steuerung bewegt sich zwischen Hierarchie und Heterarchie. Heterarchie ist ein System von Elementen, die nicht in einem Über-

und Unterordnungsverhältnis stehen, sondern mehr oder weniger gleichberechtigt nebeneinander bestimmt.

Machtfragen werden oft nicht offen diskutiert. Trotzdem gibt es in der Regel in Netzwerken mächtigere und weniger mächtige Partner_innen. Dies kann sich auf die Gruppendynamischen Prozesse und auf die Prozesse der Aufgabebewältigung konstruktiv oder auch destruktiv auswirken (Miller 2005). Macht ist aber nicht zwangsläufig festgeschrieben, sie kann sich verändern, wenn die Akteure sich anders formieren oder ihre Machtquellen nutzen (z.B. Wissen, Informationen, Kontakte). Das Nicht-Wahrhaben wollen von Machtprozessen verhindert nicht das unterschwellige Aushandeln, wer welche Macht für sich reklamiert. Mit der „Methode“ „Augen zu und durch“ kann man viele unangenehme Thema eine Zeitlang vermeiden. Zu viele verpasste Chancen, führen dann aber zu unterschwelligen Machtkämpfen und haben destruktive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit. Elektronische Vernetzung kann einen wertvollen Beitrag leisten, Informations- und Koordinationsflüsse zu unterstützen. So werden gemeinsame Entscheidungsstrukturen ermöglicht und damit die Gestaltungsmacht aller Mitglieder verbessert.

„Je weniger Gewissheiten durch Strukturen gegeben ist, je mehr Akteure ins Feld treten und je mehr polyzentrisch die institutionellen Arrangements angelegt sind, desto stärker tritt die Perspektive organisationalen Lernens bzw. Netzwerklernens ins Zentrum.“ (Weber, 2005 S. 146) Lernen in Vernetzungszusammenhängen ist in erster Linie ein Lernen im Arbeitsprozess, also ein informelles Lernen. Da Netzwerkarbeit auch als sozialer Prozess verstanden wird, ist das Lernen nicht nur auf rationale sondern auch auf emotionale Lernformen und Lernziele gerichtet.



Netzwerke und Kommunikation sind untrennbar miteinander verbunden. Sie entstehen durch Kommunikation und strukturieren ihrerseits Kommunikation. Die Bildung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen ist ohne den kommunikativen Austausch zwischen den Akteur_innen nicht denkbar. Kommunikation ist die Voraussetzung dafür, dass sich Informationen entlang von Beziehungen in einem Netzwerk verbreiten oder Ressourcen über Beziehungen

aktiviert werden können. Auch das Abbrechen von Beziehungen kann auf Kommunikation zurückgeführt werden – beispielsweise, wenn sie konflikthaft verläuft oder ganz ausbleibt.

Alle Mitglieder haben unterschiedliche Voraussetzungen, Ressourcen und Kompetenzen. Fairness, Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Offenheit sollten die Grundsätze sein, die die Kommunikation und den internen Umgang miteinander prägen (ebenda). Auch wenn es überflüssig erscheint sollte man gemeinsam Spielregeln für den internen Umgang miteinander erarbeiten. Ein gemeinsames Begriffsverständnis ist zu klären und zusammen zu definieren was der Gegenstandsbereich des Netzwerkes ist. Unmissverständliche Vereinbarungen, die zu Projektbeginn offen ausgehandelt und festgehalten werden, helfen Konflikte in späteren Phasen zu minimieren. „Bringe ich mich in dem Maße ein, wie ich es zugesagt habe? Macht das Projekt Fortschritte? Fühle ich mich im Netzwerk wohl? Besteht Vertrauen zwischen den Mitgliedern?“ Diese und ähnliche Fragen helfen rechtzeitig zu erkennen, ob und welche Veränderungen notwendig sind, um das gemeinsame Ziel zu erreichen. Kritik sollte konstruktiv geäußert und auch so verstanden sowie Konflikte frühzeitig ausgetragen werden. Der interne Umgang miteinander spiegelt sich auch immer nach außen und ist daher entscheidend für die Glaubwürdigkeit und den Erfolg eines Projekts.

Wo etwas aufgebaut wird, wird es auch Rückschläge geben. Gegenseitiges Vertrauen hilft Rückschläge offen zu besprechen und Lösungen zu finden. In der aktuellen Netzwerkforschung gewinnt der Begriff des Vertrauens zunehmend an Bedeutung (Sydow & Windele 2001, Osterloh & Weibel 2006). Vertrauen setzt Vorleistungen voraus und kompensiert Nichtwissen. Wer vertraut, so Luhmann 2000 nimmt die Zukunft vorweg. Er handelt so, als ob er sich der Zukunft sicher wäre. Vertrauen erwartet auch eine Gegenleistung, der andere vertraut auf irgendwas. Das „irgendwas“ kann mehr sein als man dachte und kann ein Mitglied unter Druck setzen. Dies kann bei der Netzwerkarbeit zu einer Überforderung führen. Man kann nur von Vertrauen sprechen, wenn ein potenzieller Vertrauensbruch möglich ist. Wird Vertrauen entzogen, ist die Beziehung am Ende. Für menschliche Beziehungen ist dies eine unglaubliche

Strafe (z.B. Mobbing). Der Aufbau von Vertrauen vollzieht sich nicht nur zwischen den Akteur_innen, sondern es geht gleichzeitig um das Vertrauen in das Netzwerk, in dessen Funktionsfähigkeit hinsichtlich der Zielerreichung. Durch die oben angesprochene Doppelrolle der Akteur_innen als Vertreter von Organisationen, sind diese in ganz besonderer Weise gefordert miteinander eine Vertrauenskultur aufzubauen.

Die sachlich formulierte Darstellung gegenseitiger Erwartungen und Bedürfnisse, ist für das Finden bestmöglicher Kompromisse zur Zufriedenheit aller entscheidend. Für alle Mitarbeitenden ist es wesentlich Zugang zu persönlichen Gesprächen, Schulungen und Fortbildungen sowie aktuellen fachlichen Informationen zu bekommen. Sie dienen nicht nur der Qualität des Projekts, sondern sind auch eine Form der Anerkennung. Neuigkeiten und Ergebnisse sollten kommuniziert werden, denn sie sind immer auch der Verdienst des gesamten Netzwerks.

Auf die Frage wie ein Netzwerk aufgebaut werden soll, gibt es keine allgemeingültige Antwort. Die Ausgestaltung ist von zahlreichen Faktoren abhängig und erfolgt zuletzt sehr individuell.



Innovationschritte in Netzwerken sind nach Weick 1995:

1. Variation: Spontanes oder gefördertes Entstehen neuer Ideen,
2. Selektion: Auswahl, was davon verwirklicht werden soll,
3. Retention: Dauerhaftes Einüben des neu Ausgewählten.

Wie wird das Netzwerk nach außen hin vertreten?

Sprechen alle mit vereinter Stimme? Gibt es eine Ansprechperson, die das gesamte Netzwerk repräsentiert? Oder kommuniziert jedes Mitglied nach Bedarf und Belieben im Namen des Netzwerks? Stehen Personen mit ausreichend Kapazitäten und Kompetenzen zur Verfügung, die als Netzwerksprechern geeignet wären? Für die Öffentlichkeit ist es häufig einprägsamer, mit

einer Organisation ein konkretes Gesicht verbinden zu können. Dies spricht für die Wahl einer einzelnen Person für die Kommunikation nach außen. Will man anhand des Netzwerks jedoch vor allem den Gedanken gleichberechtigter Teilhabe hervorheben, bieten sich auch andere Formen, z.B. der Rotation an.

19.3 Zusammenfassung

Netzwerke sind Zusammenschlüsse verschiedener Akteur_innen aus unterschiedlichen Institutionen, Einrichtungen und Projekten, die gemeinsame Ziele verfolgen. Akteur_innen können Personen, Organisationseinheiten oder Organisationen sein, die im Rahmen von Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention kooperieren. Ein Vorteil von Netzwerkarbeit ist, dass sie eine Plattform bietet, in der man sich untereinander und mit den Kooperationspartner_innen regelmäßig über Ideen, Projektfortschritte oder aktuelle Herausforderungen austauschen kann.



Anforderungen an gute Netzwerkarbeit sind:
 Struktur: Akteure/Partner, Organisationsform, Hierarchie/Heterarchie.
 Phasen: Initiierung/Konstituierung, Etablierung, Evaluierung.
 Kooperation: Koordination, Kommunikation, Konfliktmanagement.
 Information: Wissensmanagement, Wissensaustausch.

Nicht immer einfach ist es verschiedene Perspektiven und Interessen zu berücksichtigen: Einzelinteressen in Einklang mit Interessen des Netzwerks bringen.

19.4 Literatur

Bauer, P, Otto, U. (2005). Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. dgvt-Verlag.

Fürst, D. (2002). Region und Netzwerke: Aktuelle Aspekte zu einem Spannungsverhältnis. DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung 2002(1): Lernende Regionen. Zugriff am 18.01.2018: Verfügbar unter <http://www.die-bonn.de/id/965>

Luhmann, N. (2000). Vertrauen. Lucius und Lucius, Stuttgart. 4. Auflage.

Miller, T. (2005). Die Störanfälligkeit organisierter Netzwerke und die Frage nach Netzwerkmanagement und Netzwerksteuerung. Bauer, P, Otto, U. (2005). Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. dgvt-Verlag. S. 105-126.

Osterloh, M., Weibel, A. (2006). Investition Vertrauen Prozesse der Vertrauensentwicklung in Organisationen. Gabler, Wiesbaden.

Osterloh, M., Weibel, A. (2001). Ressourcensteuerung in Netzwerken: eine Tragödie der Allmende? In: Sydow, J., Windele, A. (Hrsg.) Steuerung von Netzwerken Westdeutscher Verlag, Wiesbaden. S. 88-106.

Provan, K.G., Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. Journal of Public Administration Research & Theory 18: 229 - 252; In: Glückler, J., Nemeth, S. (2011). Laterale Steuerung in Netzwerken. Arbeitspapier, Universität Heidelberg.

Sukopp, T. (2013). Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Definition und Konzepte. In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, T., Voigt, U. (Hrsg.) Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. 2. Aufl. Darmstadt. S. 13-30.

Sydow, J., Windele, A. (Hrsg.) (2001). Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken. Westdeutscher Verlag Wiesbaden.

Teller, M., Longmuß, J. (2007). Netzwerkmoderation. Netzwerke zum Erfolg führen, Augsburg 2007.

Weber, S. (2005). Netzwerkentwicklung als Lernprozess. In: Bauer, P, Otto, U. (2005). Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. dgvt-Verlag. 127-179.

Weick, K. (1995). Sensemaking in Organizations (Foundations for Organizational Science) Sage Publications, Los Angeles, London, New Delhi, Singapur und Washington D.C.

Wetzel A. (2004). Netzwerke als dezentrale Koordinationsformen wirtschaftlicher Aktivität. In: Implikationen globaler Vernetzung für das Management. Deutscher Universitätsverlag.

20. Mediennutzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit



Digitalisierung, Robotik und Algorithmen werden in den kommenden Jahren zu unserem Alltag im Gesundheitssystem gehören. Der humanoide Roboter wurde für Aufgaben im Pflegebereich entwickelt, er soll beim Aufstehen und Anziehen helfen, das Essen bringen und die Bewohner von Station zu Station fahren. Laut Beat Sottas 2018 bei einem Vortrag an der ASH Berlin „Ist interprofessionelle Praxis besser?“, wird die Kommunikation mit humanoiden Robotern eine zukünftige Aufgabe im Gesundheitssystem sein.

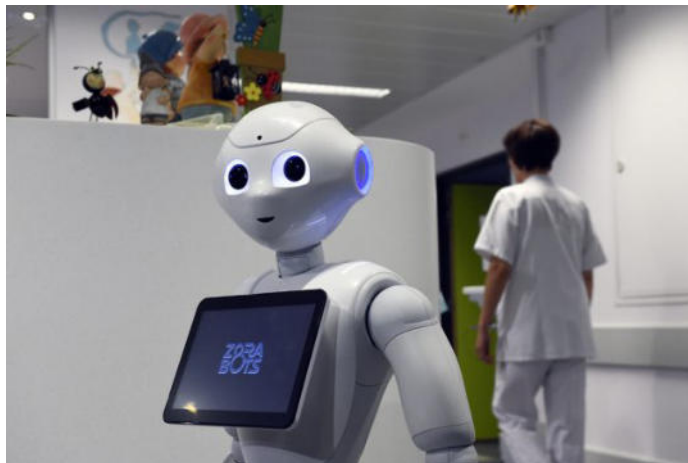


Abbildung 67: Roboter in der Pflege <https://brf.be/regional/999455/>

Sehen Sie sich auf der oben angegebenen Seite an wie der Roboter im Citadelle Krankenhaus eingesetzt wird, u.a. in der Pflege und Physiotherapie.



In der Betreuung Demenzerkrankter hat zur Stabilisierung der emotionalen Verfassung der Erkrankten der Roboter ebenso Einzug gehalten in Form einer Robbe und anderen Tieren. Einen Youtube-Film finden Sie unter diesem Link: <https://www.youtube.com/watch?v=agia0O8ms84>



Abbildung 68: Robbenroboter <https://www.welt.de/img/gesundheit/mobile102126080/6741626467-ci23x11-w1136/Paro.jpg>

Brain-Computer-Interfaces (BCI) ermöglichen bei seltenen Verlaufsformen degenerativer Erkrankungen mit einer völligen Bewegungslosigkeit die Kommunikation. Ein BCI funktioniert ohne irgendeine Bewegung des Körpers und wird direkt über die Aktivitäten des Gehirns angesteuert. Mehr als zehn Zeilen pro Tag können z.Z. noch nicht geschrieben werden (Pantke 2010).



Abbildung 69: Brain-Computer-Interfaces <https://s.hswstatic.com/gif/brain-computer-interface-1.jpg>



In der Anzeige des Sponsored Post vom 8.10. 2015 heißt es: „Pixel statt Papier – die Digitalisierung bringt neuen Schwung in die Medizin. Über neue elektronische Assistenzsysteme und moderne Behandlungsmethoden.“ (www.gruenderszene.de)

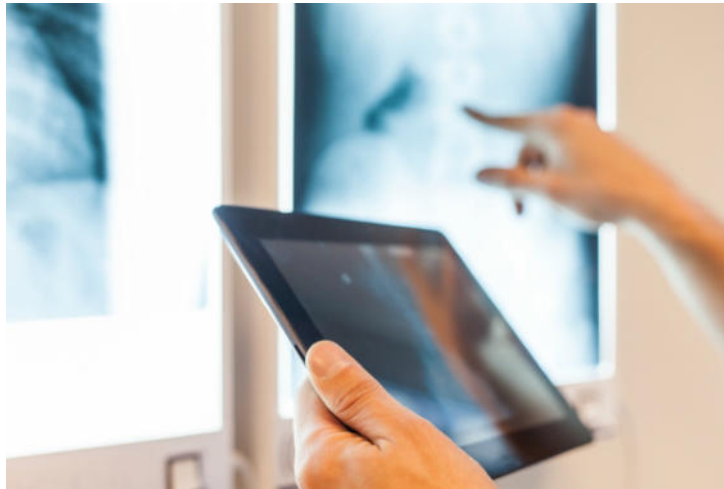


Abbildung 70: Pixel statt Papier. www.gruenderszene.de



Und was sind **Algorithmen**? Ein Algorithmus ist eine Ansammlung von Schritten, die Eingaben in Ergebnisse umwandeln – zum Beispiel Daten in eine Auswertung. Für den klinischen Bereich würden Algorithmen sich zum Beispiel durch Behandlungsprotokolle auszeichnen, die mit Leitlinien gekoppelt in sequenzieller Abfolge Behandlungsempfehlungen vorgeben.

Gesundheits- und Sozialwissenschaftler_innen haben untersucht, welche Auswirkungen diese Entwicklung aus Sicht der Beschäftigten hat. Ihrer Studie zufolge sorgen sich Pflegekräfte und Ärzt_innen zwar nicht um die Sicherheit ihrer Jobs. Was das Aufgabenspektrum und die Arbeitsbelastung angeht, nehmen sie aber durchaus Veränderungen wahr: Die Digitalisierung hat bis jetzt die Arbeit einerseits erleichtert, andererseits aber auch zu mehr Druck geführt (**Bräutigam et al.** 2017). Die Veränderungen der Arbeitsabläufe durch die Digitalisierung werden in den nächsten Jahren schnell voranschreiten.

In diesem Kapitel bildet die Digitalisierung im Gesundheitssystem den Schwerpunkt. Viele nutzen bereits regelmäßig digitale Technik in den Bereichen Kommunikation, Logistik, Management und Personal, Patientenversorgung, Information und Qualifizierung. Zu den Aufgaben gehören die Recherche von Fachinformationen, Diagnosen und die Verwaltung von Patientendaten. Nicht mehr wegzudenken ist der Computer, aber zunehmend werden

auch Smartphones und Tablets genutzt, z.B. bei der Visite oder zur Dokumentation in der ambulanten Versorgung.

20.1 Ziele und Inhalte

Ziele:

Die Studierenden:

- wissen um den technischen Fortschritt und entwickeln eine Haltung dazu
- können unterschiedliche Medien zur Kommunikation nutzen
- wissen um die Auswahl der Mediennutzung für unterschiedliche Kommunikationsziele
- kennen die Anwendung von verschiedenen elektronischen Medien zur interprofessionellen Kommunikation

Studieninhalt:

Auswahl der Mediennutzung für unterschiedliche Kommunikationsziele

20.2 Mediale Kommunikation in den Gesundheitsberufen

Technologien haben Kommunikation und Kollaboration gravierend verändert. *„Die digitale Revolution hat weite Teile von Wirtschaft und Gesellschaft erfasst. Nur die korporatistischen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens entziehen sich bisher weitgehend dieser Entwicklung.“* (Knieps 2007, S. 109) So kommt es zu einem Mangel an Kommunikation, Koordination und Kooperation und das Fehlen einer zeitgemäßen Informationsarchitektur (ebenda).



Skype-Sprechstunden, die **papierlose Klinik**, **Apps** mit gesundheitlichen Themen, **Chatrooms für Betroffene** als **virtuelle Selbsthilfegruppen** bis zur **telemedizinischen Überwachung** und **ersten medizinischen Anwendungen** (wie ein spielerisches Angebot für Kinder mit einer seltenen Augenerkrankung) gehören zum Thema Informations- und Kommunikationstechnologien (ebenda).

Ein zentrales Element ist die Verbesserung des **sektorenübergreifenden Informationsaustauschs** zwischen allen beteiligten Akteuren des Gesundheitswesens. Die **elektronische Patientenakte** stellt hierfür ein Schlüsselement zur Überwindung der bestehenden Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen dar. *„Die assistierenden Technologien und intelligenten Haustechniken (»Ambient Assisted Living«, »Smart Home«) haben Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Im Bereich der Medizintechnik finden sich zahlreiche Entwicklungen (OP-Roboter, Navigationssysteme, Nanotechnologie, Bionik- und Hybridsysteme, artifizielle Organsysteme etc.), die ein bedeutendes Potential für neue Rollenverteilungen zwischen den Gesundheitsberufen haben.“* (Alscher & Hopfeld 2013, S. 63) Es gibt bereits zahlreiche gute Projekte im Bereich der neuen Technologien, leider fehlen zumeist die Anschlussfinanzierung, ein flächendeckendes Angebot und die Qualifizierung der Mitarbeiter, damit das Potential für neue Inhalte und Rollen entfaltet werden kann (ebenda).

Wie bei fast allen großen Veränderungsprozessen ergeben sich auch im Umbruch zu einer verstärkten Nutzung und Integration telemedizinischer Anwendungen Akzeptanz und Kommunikationsprobleme, die die Etablierung der Neuerungen erschweren oder gar vollständig blockieren.

Aufgrund der vielfältigen Leistungserbringer und verschiedenen Professionen, die an dem Versorgungsprozess beteiligt sind, existieren Informationsasymmetrien, die einen erfolgreichen Behandlungsprozess mindestens erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen.

Dringender Handlungsbedarf besteht auf der politischen Ebene. Entscheidungen innerhalb des Gesundheitssystems müssen zukünftig dafür Sorge tragen, dass die verschiedenen digitalen Angebote systematisiert und flächendeckend miteinander vernetzt werden. Hierin liegt die größte Herausforderung, zugleich schlummert hier auch das größte Innovationspotential. Es müssen zunächst **Netzinfrastrukturen** bereitgestellt, **Schutz und Sicherheit** von Patientendaten gewährleistet und schließlich der Sektor übergreifende Informa-

tionsfluss zwischen Patient_innen, Ärzt_innen, weiteren Gesundheitsversorgern, Krankenhäusern und Kostenträgern geregelt werden. Dabei geht es unter anderem um schnellen Zugriff für die medizinische Beratung, aber auch darum, Menschen zu versorgen – beispielsweise im ländlichen Raum. Ein wesentliches Problem bei der Gestaltung zukünftiger Kommunikationsprozesse ist der Umgang mit Daten (Schumacher et al. 2014).

Digitale Dokumentation



Schlechte Lesbarkeit, fehlende Eindeutigkeit, Doppelungen – dies sind typische Mängel einer papiergestützten Krankendokumentation. *„Ein mittleres Krankenhaus mit 500 Betten und 20.000 Fällen und einer durchschnittlichen Patientenakte mit 50 Dokumenten muss jährlich rund 1 Million Belege verwalten, transportieren usw., eine riesige Belastung für Personal, Organisation und Räumlichkeiten.“* (Riedel, 2005 S.58) Dies ändert sich durch ein digitales Dokumentationssystem, es befreit Arbeitsprozesse von Doppeldokumentation sowie lästigem Suchen. Alternative Dokumentationsformen werden unterstützt durch neu entwickelte Technologien, wie z. B. Spracheingaben und Sprachbefehle. Eine Bereichsbergreifende Dokumentation aller Berufsgruppen eines Hauses ist möglich. Für eine erfolgreiche Implementierung müssen Mitarbeiter_innen aller Abteilungen mit einbezogen werden. Benutzen Sie oder haben Sie ein interprofessionelles Dokumentationssystem benutzt? Welche Stärken und welche Grenzen hat es? Fühlen Sie sich mit Ihrem Fachbereich gut präsentiert oder besteht da die Notwendigkeit eines Anpassungsprozesses? Werden wirklich Informationen erfasst, die Ihnen für die Klient_innenarbeit wertvoll sind? Ist die Dokumentation zu umfangreich oder zu kurzgefasst? Da es sich bei der Dokumentation um ein häufig genutztes System handelt, ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, z.B. im Rahmen des Qualitätsmanagements in interprofessionellen Qualitätszirkeln, durchaus sinnvoll.

Communication Center im Krankenhaus



Die Organisation im Krankenhaus ist stark verbunden mit unterschiedlichen Kommunikationsprozessen. Erwerb und Transfer von Informationen und Wissen und die Bereitstellung und Transparenz ist für eine Kundenzufriedenheit

inzwischen unerlässlich. „Im Gesundheitswesen muss die Kommunikation als Basis der Dienstleistung verstanden werden.“ (Tewes 2014, S. 138) Krankenhäuser, die über eine entwickelte Kommunikationstechnologie verfügen und sich an den Informationsbedürfnissen der Patienten orientieren, können sich einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil verschaffen. Für diesen Zweck richten Krankenhäuser zunehmend Communication Center ein.

Die sieben Leistungen eines Communication Center sind nach Tewes 2014, S. 139:

- Akquise und verkaufsförderndes Marketing (z.B. Erstkontaktaufnahme)
- Informationsservice (z.B. mit Info-Hotlines) und Terminvereinbarung
- Kundenpflege, Nachbetreuung, Beschwerdemanagement und Reklamationswesen
- Markt- und Imageanalyse
- Notfall- und Unterstützungsangebote (z.B. mit Support-Lines)
- Aus EDV-Systemen entstehende Telefonate (Inkasso, Bestellungen)
- Betreuung der Internet- und Multimediaaktivitäten.

Für diese umfangreiche Tätigkeit muss Personal geschult werden, um die komplexen Bedürfnisse von Klient_innen und deren Angehörigen durchgängig zu erfassen und sie entsprechen zu begleiten.

Auch in Pflegeheimen und ambulanten Praxen sind Klient_innenverwaltungssysteme, Terminpläne und Abrechnungssoftware nicht mehr wegzudenken.

Mit welchen Systemen haben Sie bei Ihren Arbeitsstellen bisher gearbeitet? Wenn Sie Zeit haben, tauschen Sie sich mit anderen Studierenden aus, welche Dokumentationssysteme von Ihnen genutzt werden.

20.3 Auswahl der Mediennutzung für unterschiedliche Kommunikationsziele

Soll man zum Telefon greifen oder doch eine E-Mail schreiben? Solche Fragen stellt man sich, wenn es wichtig ist, dass eine Botschaft bei dem Empfänger richtig ankommt. Für die interprofessionelle Unternehmenskommunikation, aber auch für die Konfliktprävention ist die Medienauswahl zu beachten.

Nach Döring 2003 ist die Medienwahl von drei Faktoren beeinflusst:



- Medienbezogene Faktoren (z.B. Verfügbarkeit, Kosten-u. Zeitaufwand, Aufgabeneignung)
- Personenbezogene Faktoren (z.B. Medieneinstellung, Mediengewohnheiten, Ziele)
- Interpersonale Faktoren (z.B. Soziale Normen, Zwang)

Die **Personenbezogenen Faktoren** der Medienwahl werden auch durch soziale Normen und Bedienungskompetenz beeinflusst. Beispielsweise wird am Arbeitsplatz ein bestimmtes Medium unter den Arbeitskollegen als besonders nützlich bewertet und häufig eingesetzt, passt sich die individuelle Medienbewertung und Mediennutzung diesen Vorgaben an. Die soziale Präsenz wird dann als hoch empfunden, wenn das Medium einen gewissen Grad an Persönlichkeit und Geselligkeit vermitteln kann. Die mediale Reichhaltigkeit soll eine „Bearbeitung mehrdeutiger Botschaften“ (ebenda, S. 132) ermöglichen, ebenso wie den Umgang von mehrdeutigen Wörtern.

Die Kommunikation kann durch unterschiedlichste Kriterien klassifiziert werden. Die betriebliche Kommunikation wird zum Beispiel nach Kommunikationsinhalten eingeteilt. Reichwald (1990, S.421) unterscheidet in folgende Inhalte:

- Sprachkommunikation: das gesprochene Wort
- Textkommunikation: Briefe, Notizen, Protokolle, etc.
- Datenkommunikation: zwischen Mensch und Computer
- Bildkommunikation: Graphik, Zeichnung, Skizze etc.

- Kommunikation kann aber auch durch folgende Merkmale charakterisiert werden:
- Nach der zeitlichen Abfolge (synchron oder asynchron)
- Nach der Art der Kommunikation (Einweg- und Zweiwegkommunikation)
- Nach der Anzahl der Teilnehmer (bilateral oder multilateral)
- Nach der Art der Verbindung (direkte oder technisch vermittelte Kommunikation) (ebenda).

Asynchrone Kommunikation ermöglicht den zeitlichen entkoppelten Informationsaustausch und erfordert dadurch die Speicherung von Information. Traditionell handelt es sich hierbei um die Nutzung schriftlicher Medien, mittlerweile sind aber video- oder audiobasierte Medien ebenso asynchron im Alltag nutzbar. Von **synchroner Kommunikation** ist die Rede, wenn die Gesprächspartner zeitgleich miteinander kommunizieren. Verfügen die Gesprächspartner dabei über räumliche Nähe, dann handelt es sich um die Face-to-Face-Kommunikation. Die rasche synchrone Abstimmung im Dialog bei größeren räumlichen Distanzen findet mündlich über das Telefon oder über Videotelefonie statt und schriftlich z.B. nicht ganz synchron in Form von einem Chat.

Folgende Vorteile werden der synchronen mündlichen Kommunikation zugeschrieben:



- Leichtere Codierung der Information
- Möglichkeit zu schnellen Regelprozessen
- Einsatz von nicht-verbaler analoger Kommunikation
- Kurze Übermittlungszeit (ebenda).

Die erforderliche zeitgleiche Präsenz der Kommunikationspartner hat jedoch die Nachteile, dass sich der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme nach der Verfügbarkeit des Partners richten muss. Bei räumlich getrennten Standorten müssen häufig zeitraubende und kostenintensive Dienstreisen getätigt werden.

Im Alltag zeigt sich immer wieder, dass die Selbstverständlichkeit der Telekommunikation dann doch nicht so selbstverständlich ist. Entscheiden Sie selbst, ob eine Auffrischung des Wissens für Sie hilfreich ist.

Telefonkommunikation

Telefongespräche zwischen Mitarbeiter_innen oder zwischen Mitarbeiter_innen und Vorgesetzten haben häufig folgende Anlässe (Eismann 2008, S. 34):
Der Anrufer möchte...

- Informationen/Auskünfte über etwas geben/erhalten,
- Über Ergebnisse/Aufgabenausführungen/Vorfälle informieren oder informiert werden,
- Informationen/Unterlagen anfordern,
- Etwas ausrichten, eine Nachricht hinterlassen,
- Anweisungen erteilen oder weitergeben,
- Termine für Besprechungen/Gespräche/...vereinbaren.

Wichtige telefonisch getroffene Vereinbarungen im beruflichen Kontext sollten schriftlich per E-Mail bestätigt werden.

Im Unterschied zum persönlichen Gespräch stehen beim Telefonieren nur drei Wirkungsmittel zur Verfügung: Stimme, Formulierung und Inhalt. Bei Telefonkontakten fehlen die körpersprachlichen Signale (außer der Stimme) und die visuellen Signale (Augenkontakt, Nicken, Mimik...), die sonst die Aufmerksamkeit und das Interesse des Zuhörers zeigen, fehlen. Es können aber verbale Rückmeldungen verwendet werden, wie „ja, mhm, genau“ etc. Auch ist die Vorlaufphase (Smalltalk), die sonst dem Gegenüber erlaubt sich einzustellen, sehr kurz. Die Aufnahmefähigkeit von ausschließlich verbalen Informationen ist begrenzt (Eismann 2008). Von daher ist es einerseits wichtig langsamer und deutlich zu sprechen, sich so kurz wie möglich zu fassen und insbesondere wichtige Inhalte wie Namen und Zahlen zu wiederholen, andererseits ist genaues Zuhören äußerst wichtig. Dazu gehört, dass sich der Zuhörende vergewissert, ob er den Gesprächspartner richtig verstanden hat. Je nach Art



der Arbeitsbeziehung der Mitarbeiter untereinander, wählen sie eine eher formelle oder informelle Kommunikationsform.

Das professionell gestaltete Telefonat beginnt ja schon vor dem ersten Läuten. Die Konzentration beider Gesprächspartner kann geschärft werden, indem zwei bis drei Klingelzeichen abgewartet werden, bevor der Hörer abgehoben wird. Also - nichts überstürzen beim Griff zum Hörer!

Moderatoren im Radio lächeln oft beim Reden, damit die Stimme freundlich, entspannt und engagiert klingt.

Wenn man sich am Telefon meldet sollte man dies in folgender Reihenfolge tun: Institution, Abteilung, Name, Gruß. Der Name sollte zum Schluss genannt werden, da der Anfang oft nicht verstanden wird.

Wenn Informationen an Mitarbeiter_innen weitergeben werden sollen, muss man am Ende eines Telefonates eine Notiz verfassen. Diese Notiz muss für die Person selbsterklärend sein, Datum und Uhrzeit des Anrufs und ggf., die Rückrufnummer sollte vermerkt sein. *Auf Anrufbeantwortern und Voicemail-Boxen landet man zumindest gefühlt heutzutage öfter als bei der gewünschten Gesprächspartner_in.* Bei einer Nachricht auf einem Anrufbeantworter ist es wichtig besonders deutlich und langsam zu sprechen, damit beim Abhören der Voicemail nebenher Notizen gemacht werden können (ebenda).

Beantworten Sie sich - und damit Ihrem Gesprächspartner - grundsätzlich die folgenden Fragen:

- Wer bin ich?
- Was ist der Anlass meines Anrufs?
- Welches Anliegen habe ich?
- Und/oder: Welche Reaktion erwarte ich?
- (Bis) wann bin ich
- wie zu erreichbar?

Telefon-Meetings haben für Unternehmen handfeste finanzielle Vorteile. Direktes Einsparpotenzial lässt sich nicht nur bei den Reise-, sondern auch bei

Kommunikationskosten realisieren. Telefonkonferenzen senken den oft hohen organisatorischen Aufwand für die Reiseplanung. Ebenso entfallen Leerzeiten, die unterwegs nicht immer produktiv genutzt werden können. Ein Meeting dauert die hierfür benötigte Zeit und keine Minute länger. In Unternehmen mit verteilten Standorten verkürzen Telefonmeetings Abstimmungsprozesse und erhöhen die Produktivität der Mitarbeiter_innen. Kurze Entscheidungswege erhöhen die Reaktionsfähigkeit (ebenda).

Videokonferenzen

Die Vorteile von Videokonferenzen sind zunächst die Vorteile, die alle virtuellen (im Gegensatz zu physikalischen) Konferenzen gemeinsam haben und bereits oben bei der Telefonkonferenz genannt wurden. Jeder kann von überall an einem Meeting teilnehmen, egal, ob er im Büro ist, zu Hause oder unterwegs. Voraussetzung ist lediglich ein internetfähiges Endgerät wie ein PC, ein Tablet PC oder auch ein Smartphone und ein Internetzugang. Die neue virtuelle Zusammenarbeit mag Geld sparen – aber ist sie auch effizient? Videokonferenzen erschweren die Teambildung und bietet Raum für Missverständnisse – erst recht, wenn die Kommunikation über Länder- und Sprachgrenzen hinweg verläuft. Dadurch, dass die Teampartner vor Ort sich näher sind, kann es zur lokalen Solidarisierung kommen. Man darf nicht vergessen, auch bei diesen Kommunikationsformen ist die Beziehungsebene bedeutender als die Sachebene. Dadurch dass die Körpersprache sichtbar ist können virtuelle Teams entspannter zusammen arbeiten statt per Telefonkonferenzen und E-Mail. Trotzdem bergen auch Videokonferenzen Probleme. Durch eine Zeitverzögerung von (ca. 0,25 Sekunden) und die dadurch verzögerte Reaktion auf der anderen Seite können spontane Bemerkungen und Ironie zu Missverständnissen führen (Kielholz 2008).



Tabelle 16: Analyse und Anwendungsgebiete von Video- und Telefonkonferenzen versus Face to Face Treffen (Kielholz 2008, S.45)

	Videokonferenz	Telefonkonferenz	Face to Face
Ideale Gruppengröße	Klein - mittel	Klein - mittel	Beliebig

	Videokonferenz	Telefonkonferenz	Face to Face
Benötigte Kommunikationsfähigkeiten	Disziplin in der Reihenfolge der Redner, klare Gesprächsregeln und Moderation nötig	Disziplin in der Reihenfolge der Redner, Moderation nötig	Umgang mit Gruppen Meetingskoordination
Risiken/ Nachteile	Lokale Solidarisierung und Blockbildung Ironie und spontane Bemerkungen führen ev. zu Missverständnissen Zeitverzögerung zwischen den Beiträgen, Schwerfälligkeit Erhöhte Anfälligkeit für technische Pannen	Kennen sich bereits von Realtreffen Weniger Möglichkeiten auf Zwischentöne einzugehen durch stärker reduzierte Kommunikationsformen Schwierigkeit Redner zu koordinieren	Gesprächsteilnehmer müssen vor Ort sein
Vorteile	Gesprächspartner sind sichtbar, visuelle Informationen können Zusatzhinweise geben	Übertragung mit weniger Zeitverzögerung als bei der Videokonferenz Einfache und schnelle Einrichtung	Kommunikation mit Partnern unter Einbeziehung aller Kommunikationskanäle möglich Sprachliche Barrieren fallen weniger ins Gewicht (z.B. Fremdsprachen)
Verwendbare Kommunikation	Verbal, paraverbal; nonverbal stark eingeschränkt durch Kameraführung	Verbal, paraverbal	Verbal, paraverbal, nonverbal
Geeignet für folgende Kommunikationspartner	Kennen sich bereits von Realtreffen und sollten sich möglichst „ganzheitlich“ kennen lernen (ohne Möglichkeit von Realtreffen)	Kennen sich bereits von Realtreffen oder sollten niederschwellig in Kontakt treten	Partner kennen sich noch nicht von Realtreffen und sollten sich möglichst „ganzheitlich“ kennen lernen

	Videokonferenz	Telefonkonferenz	Face to Face
Geeignet für folgende Kommunikationssituationen	<p>Projektstart (Kick-off-Meeting), wenn kein Realtreffen möglich ist.</p> <p>Vorträge, Präsentationen mit klarem Ablauf und Inhalt</p> <p>Regelmäßige Projektmeetings (manchmal sind dafür auch Telefonkonferenzen besser geeignet)</p>	<p>Sachlicher Austausch (z.B. projektbezogen, ortsübergreifende Team-Informationen)</p> <p>Notwendigkeiten möglichst rasch in Verbindung zu treten</p> <p>Vorträge, Präsentationen mit klarem Ablauf (evtl. ergänzt durch Online-Präsentation von Folien)</p>	<p>Gesprächspartner kennen sich nicht. Projektstart (Kick-off-Meeting), Start in neuer Teamkonstellation</p> <p>Konfliktgeladenen oder politisch schwierige Situationen</p> <p>Kundenakquise</p> <p>Besondere Wertschätzung gegenüber den Gesprächspartnern zum Ausdruck bringen</p>



Zusatztext Print und E-Mail (im Alltag zeigt sich immer wieder, dass die Selbstverständlichkeit des E-Mail-Verkehrs dann doch nicht so selbstverständlich ist. Entscheiden Sie selbst, ob eine Auffrischung des Wissens für Sie hilfreich ist.)

Print und E-Mail

Eine Papierversion ist dauerhaft, beständig und eignet sich besonders für lange Text. Allerdings jüngere Menschen sind inzwischen anders sozialisiert und lesen auch längere Texte digital. Material- und Produktionskosten sind allerdings hoch. Durch den Papierverbrauch wird unsere Umwelt sehr belastet. Schwierigkeiten gibt es auch auf Tagesaktuelles zu reagieren.

Die digitale Kommunikation ist schnell und aktuell. 625 Milliarden E-Mails wurden alleine in Deutschland im Jahr 2016 versendet. <https://de.statista.com>



Die Gefahr der Informationsflut ist groß. Wir sind in einer Situation, in dem jeder Mensch an jedem Ort und zu jedem Zeitpunkt mit einer Überfülle von Informationen konfrontiert ist, die die menschliche Verarbeitungskapazität bei

weitem überschreitet. 40 Minuten hochbezahlte Arbeitszeit werden tagein, tagaus bei Managern durch E-Mails unproduktiv vernichtet, so eine europaweite Befragung des britischen Henley Management College unter 180 Führungskräften (Hasse2007).

Eine zeitunabhängige Zustellbarkeit und unbeschränkte Vervielfältigungsmöglichkeiten tragen einerseits zur Beliebtheit der E-Mail bei. Andererseits ist die E-Mail auch flüchtig, dadurch wird sich häufig keine Mühe mehr mit Formulierungen gemacht. Fehlende Satzzeichen, kreative Rechtschreibung und wirrer Aufbau sorgen für Missverständnisse und Nachfragen. E-Mails sind an PCs oder mobile Geräte gebunden, die Übersichtlichkeit ist eingeschränkt, umso mehr umso kleiner das Gerät ist.

Gerade bei weitreichenden oder komplizierten Sachverhalten sollte man zwischen einer E-Mail und dem persönlichen Gespräch abwägen. Oftmals ist es effektiver und schneller, seinem Gegenüber den Sachverhalt im Gespräch zu erklären als in der Schriftform.

Eine E-Mail sollte nicht zu lang sein. Als Faustformel gilt, dass die komplette Nachricht auf einem Bildschirm zu sehen sein sollte, ohne dass der Leser nach unten scrollen muss.

Der richtige Aufbau einer E-Mail

aussagekräftige Betreffzeile (wenn nicht klar das Thema genannt wird, wird die E-Mail oft zu spät oder nicht gelesen. Auch zum Wiederfinden einer älteren E-Mail ist eine prägnante Betreffzeile hilfreich. Auf Betreffs die nicht das Thema nennen sollte man verzichten: *Dringend!!!* (Es wäre sinnvoller zu sagen, was denn so dringend ist.)

- höfliche Anrede (auf **Höflichkeit und Etikette** sollte man besonders im geschäftlichen Rahmen niemals verzichten)
- kurzer Einleitungssatz
- Hauptteil in Absätze gegliedert
- freundlicher Schlusssatz zur Verabschiedung
- Grußformel, nicht als MfG abkürzen!

- Vor- und Zuname des Absenders

Bei einer geschäftlichen E-Mail folgen darauf noch eine Signatur sowie die gesellschaftsrechtlichen Angaben.

Nicht „Brüllen“: Großschreibungen um etwas Hervorzuheben werden im Mail-Kontext als „Brüllen“ verstanden. Sie sollten so sparsam wie möglich verwendet werden (Eismann 2008).

Positive Botschaften: Damit die Empfänger_innen Ihrer Mails die Inhalte auch wohlwollend aufnehmen, sich merken und ggf. umsetzen, nutzen Sie eine positive Sprache. Gerade wenn Sie Kritik üben, ist es wichtig, dass Sie konstruktiv bleiben. Konzentrieren Sie sich lieber darauf, was man besser machen kann, statt zu beschreiben, was schlecht läuft oder nicht funktioniert. Wenn Sie sich etwas von dem/der E-Mail-Empfänger_in wünschen, sollten Sie auf einen Befehlston und negative Aussagen in Ihrem Text verzichten. Smileys, Emojis und Emoticons können zwar helfen, Stimmungen klar zu machen, wirken aber eher unprofessionell. Es hat sich in manchen Betrieben eingebürgert, sich gegenseitig mit lustigen Mails zu unterhalten. Aber ob diese wirklich von den Empfänger_innen gewünscht werden, fragen sich die Absender_innen eher selten (ebenda). Erzählen Sie doch lieber einen Witz am Kaffeeautomaten und unterbrechen Sie nicht die anderen bei Ihrer Arbeit.

Versenden Sie nur dann einen Anhang, wenn es wirklich sein muss, und versuchen Sie die **Dateigröße so gering zu halten wie nur möglich**. Der Speicherplatz von E-Mail-Postfächern ist grundsätzlich begrenzt, und die/der Empfänger_in wird mehr als erbost sein, wenn wegen Ihres Anhangs andere E-Mails vom Server blockiert werden. Hinzu kommt, dass viele Menschen E-Mails inzwischen unterwegs lesen: Bei mobiler Datenübertragung können große Anhänge nur sehr langsam oder überhaupt nicht heruntergeladen werden. Beschränken Sie sich also bei Ihren Anhängen auf eine Gesamtgröße von 5 MB. Alles darüber hinaus sollten Sie immer erst auf Nachfrage senden oder einen Link zu einem Datenspeicher setzen, auf dem die Dateien bereit-

gestellt werden. Wenn es sich beim Anhang um ein Dokument handelt, verwenden Sie lieber PDF statt das Format Ihres Office-Programms. So ist die richtige Darstellung garantiert.

Die Beantwortung einer geschäftlichen oder offiziellen E-Mail sollte möglichst **innerhalb von 24 Stunden** geschehen. Wochenenden bilden hier eine Ausnahme. Im Fall eines Urlaubs sollte mit einer Abwesenheitsnotiz darauf hingewiesen werden, dass sich die Antwort verzögern könnte (ebenda).

Jede E-Mail sollte man nur einmal aufmachen und danach entscheiden, was mit ihr passiert. Wer die Bearbeitung immer wieder aufschiebt, sorgt dafür, dass der Nachrichtenberg im Posteingang stetig wächst. Nutzen Sie zur Strukturierung der Bearbeitung zum Beispiel das Eisenhower Prinzip. Unterteilen Sie dazu Ihre E-Mails jeweils in zwei Kategorien: Sind sie wichtig oder unwichtig? Sind sie eilig oder nicht eilig? Jetzt legen Sie ein Koordinatensystem für diese Kategorien an – oben eilig, unten nicht eilig, links wichtig rechts unwichtig. Hier kann es helfen, wenn Sie sich in Ihrem Postfach entsprechende Ordner anlegen.

	WICHTIG	NICHT WICHTIG
EILIG	Erledigen Mach es jetzt!	Delegieren Wer kann das machen?
NICHT EILIG	Terminieren Wann lässt es sich machen?	Ablegen In den Papierkorb damit!

Abbildung 71: Eisenhower Prinzip, übliche Darstellung

Die vielen Kommunikationsformen im Internet (z.B. Chat, Diskussionsforen, Blog) finden auch zunehmend Eingang in die interne Kommunikation. Auch hier ist genau zu erwägen, ob sich der Aufwand lohnt, ob eine Akzeptanz bei

den Mitarbeiter_innen da ist und sich das neue Medium in der Praxis wirklich durchsetzen lässt.

20.4 Zusammenfassung

Das 21. Jahrhundert ist ohne Zweifel das Zeitalter der digitalen Kommunikation (Entwicklung des technologischen Fortschritts Abbildung 60). Kaum etwas verändert unsere Gesellschaft so tiefgreifend wie die sozialen Netzwerke und das offene, mobile Internet. Digitalisierung hat und wird weiterhin unsere Gesellschaft und unsere Arbeitswelt durchgreifend verändern. Das Gesundheits- und Sozialwesen gilt im Branchenvergleich als schwach digitalisiert. Digitale Kommunikation über alle Kanäle birgt für Unternehmen so auch Einrichtungen des Gesundheitssystems ein enormes Potenzial und ist unverzichtbar. Auf der anderen Seite stellt diese Entwicklung für Arbeitnehmer_innen eine große Herausforderung dar (Bräutigam et al. 2017).



Abbildung 72: Technologischer Fortschritt. Eigene Abbildung



Seit vergangenem Jahr können Krankenhäuser telemedizinische Leistungen abrechnen, bisher unter strengen Voraussetzungen und in Ausnahmefällen. Bekanntestes Beispiel das von Charité und Barmer-GEK durchgeführte Fontane-Projekt zur Herzinsuffizienz-Telemedizin.

Mit der Mediennutzung ist zwangsläufig eine Auswahl verbunden; bevor es zu einem Medienkontakt kommt, sind verschiedene Auswahlentscheidungen zu treffen (Hasebrink 2003). In Abbildung 61 wird der Auswahlprozess dargestellt. Die Medienmerkmale müssen bei der Auswahl mit der Nutzungssitua-

tion in Verbindung gebracht werden. Wie das Medium genutzt wird hängt zudem von der Kompetenz und das mediale Kommunikationsverhalten der Nutzer_in ab. Alles zusammen entscheidet ob die mediale Kommunikation effektiv verläuft.

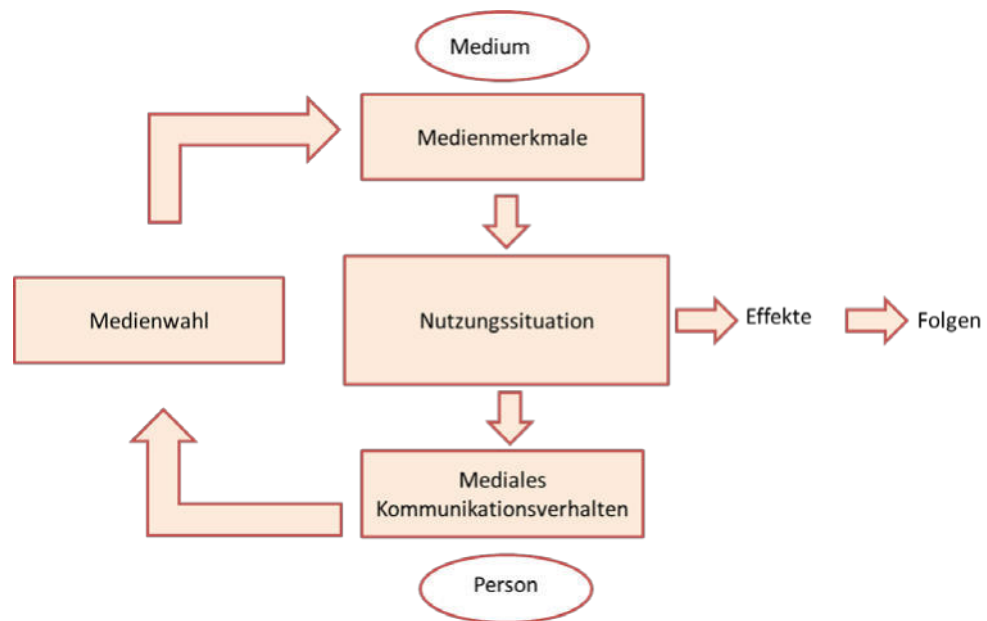


Abbildung 73: Medienauswahl, eigene Darstellung

20.5 Literatur

Alscher, M.D. Hopfeld, M. (2013) Telematik und Gesundheitsberufe. In: Robert Bosch Stiftung 2013 Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung S.63-79.

BARMER (o. D.). Anwendungsmöglichkeiten von eHealth und mHealth. Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.barmer.de/gesundheitscampus/ehealth-mhealth-106124>

Bräutigam, Ch., Enste, P., Evans M., Hilbert, J., Merkel, S., Öz, F. (2017). Arbeitsreport Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik – bessere Arbeit? Study der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 364.

BRF Nachrichten (2016): Roboter im Citadelle Krankenhaus. Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <https://brf.be/regional/999455/>

Döring, N. (2003). Theorien der computervermittelten Kommunikation. In: Sozialpsychologie des Internet. Hogrefe, Göttingen, 2. Aufl., S. 127-161.

Eismann, V. (2008). Training berufliche Kommunikation: B2-C1 - Erfolgreich am Telefon und bei Gesprächen im Büro: Kursbuch mit CD. Cornelsen, Berlin.

Evim Altenheim Bad Homburg (o. D.). Zum knuddeln. Roboter-Robbe Paro begeistert Demenzerkrankte. Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=agia0O8ms84>

Gitlow, S. (2000). The Online Community as a Healthcare Resource. In Nash, D., Manfredi, M.P., Bozarth, B. & Howell, S. (Hrsg.), Connecting with the New Healthcare Consumer: Defining your Strategy (S. 113–133). New York: McGraw-Hill.

Hasebrink U. (2003). Nutzungsforschung. In: G. Bentele, H.-B. Brosius, O. Jarren (Hrsg.): Öffentliche Kommunikation. Handbuch Kommunikations- und Medienwissenschaft. Wiesbaden 2003, S. 101–127.

Hasse, M. 2007. Sie haben zu viel Post. Wie entkommt man der täglichen E-Mail-Flut im Büro? Seminare helfen Zeit Online. Zugriff am 18.01. 2019. Verfügbar unter <https://www.zeit.de/2012/26/C-Chancen-Kompakt>

Hurrelmann, K., Baumann, E. (Hrsg.) (2014). Handbuch der Gesundheitskommunikation. Huber, Bern.

Kielholz, A. (2008). Online Kommunikation – Die Psychologie der neuen Medien für die Berufspraxis. E-mail, Website, Newsletter, Marketing, PR und Kundenkommunikation. Springer Heidelberg.

Knieps F. (2007). Der Wandel von der analogen zur digitalen Kommunikation – Annäherung an die Wirkungen auf Versorgungspraxis, Versorgungsforschung und Versorgungspolitik In: Barmer GEK 2015 Versorgungsforschung zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung, C. Trittin (Hrsg.), Siegburg.

Lauterbach, K.; Lindlar, M. (1999). Telemedizin in Deutschland; Gutachten/Karl Lauterbach; Markus Lindlar. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

O. A. (2015). Medizin am Puls der Zeit: So sieht das Krankenhaus der Zukunft aus. Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.gruenderszene.de/allgemein/medizin-am-puls-der-zeit-krankenhaus-der-zukunft-kpmg>

Reichwald, R. (1990). Kommunikation. In: Baetge, J. (Hrsg.) Vahlens Kompendium der Betriebswirtschaftslehre. München Band 2, 2. Auflage. S. 413-459.

Riedel, W. (2005). Digitale Archivierung im Krankenhaus: ein Leitfaden soll helfen. Von der elektronischen Patientenakte zur digitalen rechtssicheren Langzeitarchivierung. Institut für Krankenhauswesen (IfK), Braunschweig. S. 58-60.

Rossmann, C., Karnowski, V. 2014 eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil. In: Hurrelmann, K., Baumann, E. (Hrsg.) (2014). Handbuch der Gesundheitskommunikation. Huber, Bern.

Schumacher, N., Mühlbacher A., Wiest, A. (2014). Informations- und Kommunikationstechniken im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, K., Baumann, E. (Hrsg.) (2014). Handbuch der Gesundheitskommunikation. Huber, Bern.

Statista Statistikportal (2018). Anzahl der jährlich versendeten E-Mails (ohne Spam) in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2016 sowie eine Prognose für 2017 (in Milliarden). Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/392576/umfrage/anzahl-der-versendeten-e-mails-in-deutschland-pro-jahr/>

Tewes, R. (2014). Einfach gesagt. Kommunikation für Physio- und Ergotherapeuten, Berlin Heidelberg

Welt Digital Zeitung (2011). Kuschelroboter "Paro" empört Ethiker. Zugriff am 18.01. 2018. Verfügbar unter <https://www.welt.de/img/gesundheit/mobile102126080/6741626467-ci23x11-w1136/Paro.jpg>

21. Auf Wiedersehen

Nun sind Sie am Ende des Moduls angekommen. Sie haben es geschafft!

Was ist aus Ihren drei Fragen geworden, sind sie beantwortet?

Wenn nicht, was können Sie tun, damit Sie noch eine Antwort erhalten? Können Sie Ihre Kommiliton_innen oder Dozent_innen fragen??

Auch die Smileys kommen noch einmal zurück. Reflektieren Sie bitte einen Moment.

Hier ein paar Fragen zur Anregung:

- Wie fühlen Sie sich gerade? (Kompetent, erschlagen, erleichtert, ermutigt...)
- Was haben Sie gelernt? Was hat sich zum Beginn verändert?
- Was war hilfreich?
- Was zu schwer?
- Was war zu leicht?
- Wo werden Sie das Wissen in der Praxis anwenden?
- Was wünschen Sie sich noch?
- Was können Sie tun, um der Wunscherfüllung näher zu kommen?



Erfolge feiern gehört auch zur guten Teamarbeit. Das Zelebrieren erreichter Zwischen- oder Endziele ist eine gute Team-Building-Maßnahme. Es fördert die persönliche Bindung der Teammitglieder untereinander, schweißt zusammen und schwört erneut auf die gemeinsame Vision ein und übersteht so auch eher die nächste Durststrecke entlang des Weges.

Also feiern Sie die erfolgreiche Bearbeitung dieses Moduls.



Abbildung 74: Erfolge feiern: Bild <https://t3n.de/news/wp-content/uploads/2014/08/organisation-595x394.jpg>

Impressum

Modulentwicklung:

Dr. Patricia Hänel

Modulverantwortung:

Prof. Dr. Niklas Mustermensch

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

1.	Willkommen	3
2.	Inhalt.....	3
2.1	Ziele der Patientenorientierten Kommunikation.....	3
2.2	Beziehungen zwischen HPC und Patient_innen	8
2.3	Gesprächsstart und Beziehungsaufbau.....	13
2.4	Patientenzentrierte Gesprächsführung	17
2.5	In den Schuhen der Patient_innen	21
2.6	Gemeinsame Entscheidungsfindung	27
2.7	Informieren.....	33
2.8	Ziele partizipatorisch entwickeln	40
2.9	Selbstwirksamkeits-fördernde Kommunikation.....	46
2.10	Motivierende Kommunikation	51
2.11	Zusammenfassung Kommunikationstechniken, Kommunikation mit Dritten.....	57
2.12	Kommunikation unter erschwerten Bedingungen	63
2.13	Medizin Online	68
3.	Zusammenfassung.....	71
4.	Lernziele	71
5.	Ausblick.....	72
	Literaturverzeichnis	73
	Linkverzeichnis.....	79
	Glossar	85

1. Willkommen

Sie haben in den ersten beiden Modulen zur Kommunikation die wichtigsten Grundlagen der Kommunikation kennen gelernt und sie in der interprofessionellen Kommunikation angewendet. Im Modul A3 beschäftigen Sie sich nun damit, welche Möglichkeiten Kommunikation in der direkten Arbeit mit Patient_innen bietet. Dabei sollen Sie Kommunikation als ein effektives Instrument kennen lernen, das Sie – genauso wie andere diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen – bewusst einsetzen und auf ein klares Ziel ausrichten. Das übergeordnete Ziel, unter dem Patient_innenkommunikation in diesem Modul behandelt wird, ist die Unterstützung von Selbstmanagementfähigkeiten. Dieses Modul vermittelt, wie Ihre Kommunikation mit Patient_innen dazu beitragen kann, dass Patient_innen sich als aktive, wirksame, autonome und gleichberechtigte Partner_innen im Behandlungsprozess begreifen.

2. Inhalt

2.1 Ziele der Patientenorientierten Kommunikation

Multiprofessionelle Teams arbeiten meist mit Patient_innen mit komplexen, chronischen und / oder vielen Krankheiten (Multimorbidität). Besonders in deren Versorgung hat sich in den letzten Jahren die Herangehensweise geändert. Anstatt Maßnahmen aus der Expert_innenposition heraus zu verordnen, stehen mittlerweile die Prioritäten der / des Patient_in wann immer möglich im Mittelpunkt. Diese Einbeziehung ist zum Teil ethisch begründet (s. Ottawa-Charta, 1986), denn Patient_innen wünschen eine stärkere Einbeziehung in medizinische Entscheidungen (Böcken, 2014). Genauso wichtig sind die medizinischen Gründe für eine hohe Patient_innenbeteiligung: Eine patient_in-

nenzentrierte Versorgung (patient centered care) und die entsprechende patient_innenzentrierte Gesprächsführung können positive Effekte auf die Behandlungsergebnisse haben (Finney, 2016 Cushing, 2007).



Vertiefung:

[Ottawa-Charta](#) (1)



Adherence und Non-Adherence

Unter „Adherence“ versteht man den Grad, in dem sich Patient_innen an die zwischen ihnen und ihren Behandler_innen vereinbarten Maßnahmen halten. Laut der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) liegt die Adherence für Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen bei ca. 50% (WHO, 2003). Im Klartext: Die Hälfte aller therapeutischen Maßnahmen (Medikamenteneinnahmen, Lebensstiländerung, Übungen etc.) werden nicht oder nicht wie vereinbart durchgeführt. Dafür gibt es zahlreiche Gründe (Haynes, 2002):

- Patientenseitig: Patient_innen finden die Maßnahmen nicht sinnvoll, entscheiden sich aktiv gegen die Maßnahmen oder ändern sie, haben die Maßnahmen nicht verstanden, können sie nicht bezahlen, können sie nicht in ihr Leben und ihre soziale Umgebung integrieren
- HCP-seitig: Der Plan ist zu kompliziert, Maßnahmen wurden nicht gut erklärt, Störung in der Beziehung
- Gesundheitssystem: Der Zugang zu den Maßnahmen ist erschwert, kostet zusätzliches Geld

Non-Adherence hat zahlreiche negative Folgen: Die Ergebnisse der Therapie verschlechtern sich, Patient_innen mit medikamentöser Therapie leiden unter unerwünschten Arzneimittelwirkungen, ohne vom positiven Effekt zu profitieren, Geld wird unnötig ausgegeben, das Vertrauensverhältnis zwischen HCP

und Patient_in leidet u.v.m. Diese massiven Folgen von Non-Adherence haben intensive Forschungsaktivitäten hervorgerufen, um Adherence-fördernde Maßnahmen zu entwickeln. So komplex die Ursachen für Non-Adherence sind, so vielschichtig sind auch die Instrumente, die gegen sie wirken. Eine der allgemein anerkannten Voraussetzungen für gute Adherence ist eine Beziehung und Kommunikation zwischen HCP und Patient_innen, die sich an den Vorstellungen, den Werten, dem Wissensstand und der Lage der Patient_innen orientiert.

Adherence wird mitunter mit dem Begriff „**Compliance**“ gleich gesetzt. Compliance bedeutet jedoch das „Befolgen“ medizinischer Anweisungen durch Patient_innen, ohne dass diesem ein gemeinsamer Entscheidungsprozess vorausgegangen ist. Der Unterschied zwischen Adherence und Compliance spiegelt sich auch in den unterschiedlichen (hierarchischen oder partnerschaftlichen) Beziehungsmodellen zwischen HCP und Patient_innen“ wider (s. Kapitel 2.2).

Vertiefungsliteratur:



- „Adhärenz an bewegungstherapeutische Maßnahmen“ von Tobias Eckert, Wiebke Göhner, erschienen in der Zeitschrift neuroreha 2015; 07(04): 168-173. In der ASH-Bibliothek online erhältlich.
- Abschnitt „Take home messages“ auf den Seiten XIII und XIV des Berichtes „[Adherence to long term therapies: evidence for action](#)“ (2) der World Health Organization (WHO).
- „[Arzt-Patienten-Kommunikation: Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern](#)“ (3) von Maria Seehausen und Patricia Hänel, erschienen im Deutschen Ärzteblatt, 2011.



1. Übung:

Welche Maßnahmen müssen Patient_innen in Ihrem Fachgebiet aktiv und eigenständig durchführen? Welche erfahren sie passiv? Erstellen Sie eine Liste und schätzen Sie anhand Ihrer persönlichen Erfahrung, welcher Anteil Ihrer

Patient_innen sich an die selbständig durchzuführenden Maßnahmen hält. Diese Liste soll für den / die Dozent_in sowie Ihre Kommilitonen einsehbar sein.



2. Übung:

Reflexion: Wie gehen Sie mit Non-Adherence Ihrer Patient_innen um? Beschreiben Sie: Woran erkennen Sie, dass ein_e Patient_in sich nicht an die vereinbarten Maßnahmen hält? Mit welchen Gefühlen reagieren Sie? Wie verhalten Sie sich gegenüber dem / der Patient_in? Verfassen Sie einen Text zu diesen Fragen (Umfang 3000 – 5000 Zeichen inkl. Leerzeichen). Sie erhalten ein Feedback dazu von Ihrer / Ihrem Dozentin / Dozenten.

Verantwortung teilen, Selbstmanagement fördern

Die Behandlung chronischer Krankheiten und das Arrangieren mit schwindenden körperlichen und geistigen Ressourcen finden nicht in Praxen, Krankenhäusern oder Seminarräumen statt, sondern zum überwiegenden Teil im privaten Leben der Patient_innen. Dort müssen sie sich auch ohne Hilfe an Therapien halten, ihre Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten ändern, ihre Symptome beobachten und bewerten und mit Problemen umgehen. Diese Fähigkeiten werden zusammenfassend als Selbstmanagement-Fähigkeiten bezeichnet.

Selbstmanagement hat in den letzten Jahren einen immer breiteren Raum in der Versorgung chronisch kranker Menschen eingenommen. Dies liegt zum einen an der Erkenntnis, dass das Leben und der Umgang mit einer chronischen Erkrankung von der eigenen Motivation und Handlungsfähigkeit abhängt und zum anderen, dass es, selbst wenn es möglich wäre, Patient_innen die Eigenverantwortung abzunehmen, nicht genügend Fachkräfte gäbe, dies bei der wachsenden Zahl an chronisch Kranken zu bewältigen.

Zu Selbstmanagement gehört (Capelli, 2016; Lenzen, 2017)

Letzte Aktualisierung: 14.03.2018, Bearbeiter/in: Dr. Patricia Hänel



- Gesundheitsentscheidungen auf der Basis der eigenen Werte und Ziele zu treffen
- Therapien und Verhaltensänderungen selbstbestimmt durchzuführen
- Selbstmonitoring durchzuführen
- Probleme eigenständig anzugehen und zu lösen.

Unterstützung von Selbstmanagement

HCP können Patient_innen dabei unterstützen, selbstbestimmte Manager_innen ihrer Gesundheit und Krankheit zu werden bzw. die Patient_innen soweit wie möglich in Entscheidungsprozesse einbeziehen. Ziel dabei ist immer, einen möglichst hohen Grad an Patient_innenautonomie zu erreichen, um damit auf der individuellen Ebene den Gesundheitsstatus zu verbessern und auf der Systemebene die Ressourcen des Gesundheitswesens zu entlasten.

HCP können mit den folgenden Interventionen die Selbstmanagement-Fähigkeiten ihrer Patient_innen unterstützen:

- Patientenzentrierte Gesprächsführung
- Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten
- Befähigung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung
- Unterstützung bei der Zielfindung



Webinar: Psychologie des Selbstmanagements

2.2 Beziehungen zwischen HPC und Patient_innen

Kommunikation ist immer auch ein Ausdruck der Beziehung zwischen Menschen. Besonders in der Medizin ist das Verhältnis zwischen Health Care Professionals und ihren Patient_innen ein wichtiges Element des gemeinsamen Diagnostik- und Therapieprozesses und hat einen enormen Einfluss auf die beiderseitige Zufriedenheit, die Diagnosequalität und Behandlungsergebnisse.

Die Beziehung zwischen HCP und Patient_in wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst: Die **Persönlichkeitseigenschaften** eines Menschen beeinflussen, ob mir diese Person sympathisch oder unsympathisch ist. Auch, wenn dieser Persönlichkeitsfaktor in professionellen Beziehungen nie völlig ausgeblendet werden kann, kann er zumindest teilweise durch professionelles, bewusstes, erlerntes Verhalten der / des HCP modifiziert werden, in dem sich der / die HCP anders verhält als er / sie es intuitiv täte. Statt der „natürlichen“ oder intuitiven Beziehung sollten HCP im Sinne des Klient_innenwohls immer die Beziehung zu ihren Patient_innen herzustellen bemüht sein, die für deren Ziele am besten ist.

Neben persönlichen Eigenschaften beeinflussen gesellschaftlich festgelegte, erlernte Rollenmodelle die Beziehung. Unter Rollen verstehen wir hier die Summe von Verhaltensmustern, Erwartungen und Normen, die sich auf eine soziale Position beziehen (Vgl. z.B. Wiswede, 1977). Je nachdem, wie ich und meine Umwelt meine Rolle verstehen, werde ich mich in einer Beziehung verhalten. In der Medizin werden vier Rollenmodelle und die dazugehörigen Beziehungen unterschieden (Charles, 1999):

- Paternalistisches Modell
- HCP als Agent
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Informierte Entscheidungsfindung

Paternalistisches Modell

Im paternalistischen Modell entscheiden HCP kraft ihres Expert_innenwissens über diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Der Beitrag des / der Patient_in besteht darin, die für diese Entscheidungen notwendigen Informationen zu liefern und sich an die daraus folgenden Anweisungen zu halten (Compliance). Dieses Rollenmodell geht davon aus, dass es für Beschwerden, Probleme, Erkrankungen immer eine objektiv sinnvollste Lösung gibt und der / die HCP diese verordnet. Der / die Patient_in muss sich dann daran halten.

HCP als Agent oder Stellvertreter_in

Dieses Rollenmodell geht nicht davon aus, dass es allgemein gültige Lösungen für Probleme, Symptome oder Erkrankungen gibt, sondern dass Lösungen immer zu den Werten, Zielen und Prioritäten des / der Patient_in passen und in der individuellen Lebenswelt sinnvoll und machbar sein müssen. Daher erfragt der / die HCP, was dem / der Patient_in wichtig ist und agiert dann stellvertretend für ihn / sie. Er / sie trifft die Entscheidungen nach bestem Wissen im Sinne des / der Patient_in.

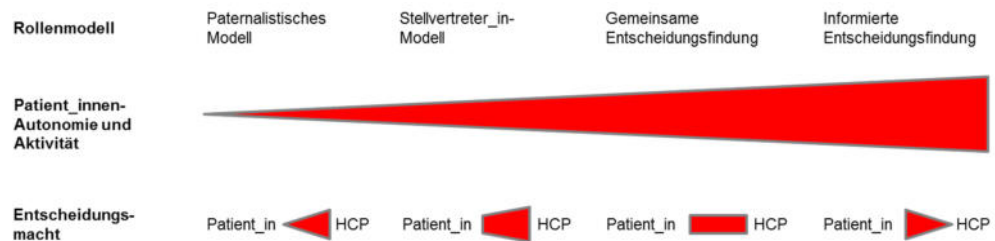
Partizipative Entscheidungsfindung

Bei der Partizipativen Entscheidungsfindung informieren HCP ihre Patient_innen über die möglichen diagnostischen und therapeutischen Optionen und diskutieren deren Vor- und Nachteile vor dem Hintergrund der Werte, Ziele und Prioritäten der Patient_innen. Diskussion und Entscheidungsfindung finden auf Augenhöhe statt unter der Annahme, dass der / die HCP das medizinische Fachwissen beisteuert und der / die Patient_in das individuelle Wertesystem. Am Ende dieses Prozesses steht eine Entscheidung, die beide Seiten gleichermaßen tragen. Patient_innen führen diese gemeinsam getroffene Entscheidung durch (Adherence).

Informierte Entscheidungsfindung

Im Modell der informierten Entscheidungsfindung fungiert der / die HCP rein als technische Expert_in, der / die eine_r völlig autonom entscheidenden Patient_in ihr Wissen in gut verständlicher Form zur Verfügung stellt. Die Entscheidungen bezüglich diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen trifft dann alleine der / die Patient_in. Er / sie ist Konsument_in der medizinischen Angebote, der / die HCP dafür zuständig, die gewünschten Maßnahmen zu ermöglichen. Die Vorstellung hinter diesem Modell ist also, dass Patient_innen Konsument_innen einer medizinischen Leistung sind, die von HCP als Dienstleistung erbracht werden.

Die folgende Grafik ordnet die vier Modelle dem Umfang an Patient_innenautonomie, -aktivität und Entscheidungsmacht zu:



Man kann die genannten Modelle nicht bestimmten Berufsgruppen zuordnen. Historisch dominant ist das paternalistische Modell und im Laufe der Entwicklung sind in allen Berufsgruppen die anderen Modelle hinzugekommen, ohne dass sie jedoch einander jeweils abgelöst haben. In der Wissenschaft herrscht heute weitgehend Einigkeit darüber, dass - wann immer möglich - eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht werden sollte. Gleichwohl gibt es

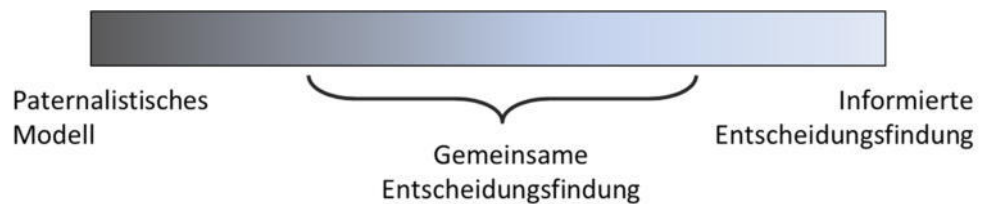
Erkrankungen, Situationen und Patient_innen bei denen die anderen Rollenmodelle passender sind. Daher sollten sich HCP nicht auf „das richtige“ Modell festlegen, sondern jeweils situativ entscheiden, welches Rollenmodell angemessen ist (situatives Rollenmodell).

Patient_innen, die durch ihre Erkrankungen (z.B. bei neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen) zeitweise oder dauerhaft selbst nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, werden durch Angehörige oder Betreuer_innen vertreten. Auch für diese gilt, sie möglichst passend in die Entscheidungsprozesse einzubinden (vgl. auch Kapitel 2.12).



3. Übung:

Beschreiben Sie in ca. 1000 Zeichen (incl. Leerzeichen) diese Abbildung:



Beziehungsmodell klären

In der Beziehung zwischen HCP und Patient_in setzen beide Parteien häufig voraus, dass der oder die andere von demselben Rollenmodell ausgeht wie man selber. Tatsächlich aber ist das selten der Fall. Um Störungen in der Beziehung zu vermeiden, sollten sich Patient_in und HCP zu Beginn der gemeinsamen Arbeit auf das Modell einigen, das für beide in der jeweiligen Situation am besten passt.



4. Übung:

Der Anspruch an eine möglichst informierte und autonome Entscheidungsfindung durch Patient_innen kann in bestimmten Situationen eine große Herausforderung für Patient_innen bedeuten. Lesen Sie dazu den Fachartikel von



J.W. Haslbeck und D. Schaeffer: „Selbstverantwortung im Gesundheitswesen, diskutiert am Medikamentenmanagement aus Sicht chronisch kranker Patienten“ (Gesundheitswesen 2011; 73: e44 – e50, als E-Paper in der ASH-Bibliothek erhältlich).

Reflektieren Sie und dokumentieren Sie in Ihrem E-Portfolio (ca. 2000 Zeichen): Welche Probleme könnten in den folgenden Konstellationen auftreten?

- Patient_in mit paternalistischem Modell trifft auf HCP mit informiertem Entscheidungsfindungsmodell
- Patient_in mit partizipativem Entscheidungsfindungs-Modell trifft auf HCP mit Stellvertreter_in-Modell



Vertiefung:

Aus der ASH-Bibliothek:

Hans-Wolfgang Hoefert / Christoph Klotter (Hrsg.): Wandel der Patientenrolle – neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Hogrefe-Verlag (2011)

Fülop Scheibler: Shared Decision-Making -Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Verlag Hans Huber (2004)

2.3 Gesprächsstart und Beziehungsaufbau

Ziel: Vertrauen schaffen

Der Start der Beziehung zwischen Patient_in und HCP ist einer der wichtigen Momente in der therapeutischen Beziehung. Untersuchungen zeigen, dass der erste Kontakt zweier fremder Menschen einen starken Einfluss auf die weitere Beziehung hat. Diese wiederum beeinflusst in der Medizin den Behandlungsverlauf (Losin, 2017).

Ein wichtiges Element in der Patient_in-HCP-Beziehung ist Vertrauen. Es beeinflusst den Grad, in dem sich Patient_innen aktiv an Therapie und Behandlung beteiligen, Offenheit und Ehrlichkeit und die Adherence (LoCurto, 2016).

Die ersten Worte

Begrüßung und Vorstellung haben zwei wichtige Funktionen (S.a. Osch, 2017):

1. Rahmen setzen: Information über Ablauf und Regeln der gemeinsamen Arbeit, die Beteiligten und ihre Rollen in der interprofessionellen Behandlung
2. Basis der künftigen Beziehung: Vertrauen, Stimmung, Wertschätzung.

Vertrauen schaffen: Der erste Eindruck

Jede Beziehung beginnt mit einem ersten Moment. Neuropsychologische Untersuchungen zeigen, dass Menschen bereits nach einer Zehntelsekunde ein Urteil über die Vertrauenswürdigkeit eines ihnen unbekanntem Menschen treffen (Willis, 2006). Dieses Urteil erfolgt unbewusst und über nonverbale Zeichen. Elemente der non-verbale Kommunikation sind z. B. Stimmmodulation sowie Sprechtempo, Kopfhaltung, Fußstellung, Körperspannung und Muskel-

tonus, Blickkontakt, -richtung sowie Nähe-Distanz-Verhalten zu anderen Personen, Stirnrunzeln und andere Vertiefungen und Verflachungen von Fältchen, Lippengröße, Hautverfärbungen und Muskelbewegungen, Augenbewegungen aber auch die Atmung.

Ob ein Mensch einen anderen unbewusst für vertrauenswürdig hält, lässt sich nur begrenzt steuern. Einige Tipps jedoch können nützlich sein:



- Lächeln
- Leicht geneigter Kopf zeigt Interesse
- Handdrücken genau so stark wie der / die andere
- Langsam sprechen, Pausen machen
- Blickkontakt (Menge je nach Gegenüber)

Der darauf folgende verbale Teil des ersten Kontaktes enthält die oben genannten wichtigen Informationen über Ablauf und Regeln der gemeinsamen Arbeit, die Beteiligten und ihre Rollen in der interprofessionellen Behandlung. Gleichzeitig legt die Art, wie der / die HCP das Gespräch führt, das Fundament für die zukünftige Art der Interaktion. Soll der / die Patient_in zu einer aktiven Rolle in der Behandlung, einer Beziehung auf Augenhöhe und einer gemeinsamen Entscheidungsfindung eingeladen werden, so muss Aktivität, Wertschätzung und Kooperation bereits im ersten Gespräch vorhanden sein.

Zu Beginn des Gespräches stellt sich der / die HCP vor: Name, Berufsbezeichnung. Um bereits jetzt eine aktive Rolle des / der Patient_in zu provozieren, kann im weiteren Verlauf des Gespräches die „**Ask-Tell-Ask-Technik**“ („Frage – Info – Frage“) angewendet werden. Dabei startet der / die HCP mit einer Frage, dann erst folgt eine Information. Nach jeder Informationseinheit folgt eine Frage nach dem Verständnis oder eine weiterführende Frage. Je mehr offene Fragen der / die HCP im Gespräch einsetzt, umso höher wird der Grad der Aktivierung sein und umso mehr gewöhnt sich der / die Patient_in daran, dass seine / ihre Meinung wichtig ist (Gilligan, 2017).



Tipp:

Erfragen Sie bei jeder Vorstellung möglichst früh, was die Patient_innen erwarten.

Ein Beispiel:

Ask oder Tell?	HCP	Patient_in
ask	Sind Sie darüber informiert worden, dass heute die (Sprach-, Atem-, Lagerungs-) Therapie beginnt?	Ja.
tell	Das ist gut. Wir werden ab heute regelmäßig miteinander arbeiten.	
ask	Was wissen Sie schon über diese Therapie?	Ich weiß nur, dass ...
tell	Meine Aufgaben / unsere gemeinsame Arbeit wird aus ... bestehen	
ask	Bei welchen Beschwerden erhoffen Sie sich Besserung durch die ...-Therapie?	Es wäre schön, wenn ... endlich aufhört.
	Etc.	

Im Erstgespräch werden ebenfalls die anderen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen genannt. Wichtig ist zu erwähnen, was genau die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen sind und wie sich die Aufgaben auf die Berufsgruppen verteilen.



5. Übung:

Testen Sie die beschriebene Choreografie in Ihren nächsten Erstgesprächen. Wählen Sie dazu Patient_innen aus dem gesamten Spektrum Ihrer Tätigkeit. Notieren Sie sich die Gespräche, die gut und diejenigen, die schlecht gelaufen sind. Dokumentieren Sie, ob und wenn ja welche Besonderheiten es im Gespräch z.B. mit Kinder und Eltern, Menschen mit kognitiven und sprachlichen Defiziten oder mit Betreuungspersonen gibt. Im Präsenzblock werden Sie anhand dieser Beispiele verschiedene Abläufe von Erstgesprächen simulieren.

2.4 Patientenzentrierte Gesprächsführung

Was ist patientenzentrierte Kommunikation?

Die Grundeinstellung der patientenzentrierten Kommunikation ist es, die Bedürfnisse, Werte und Prioritäten der / des Patient_in in den Vordergrund der Behandlung zu stellen. Jegliche Maßnahmen müssen sich daran orientieren. Nach Epstein und Street (2007) besteht patientenzentrierte Kommunikation im

- Erkennen und Verstehen der Perspektive der / des Patient_in,
- ganzheitlichen Verständnis der / des Patient_in im individuellen psychosozialen und kulturellen Kontext,
- Erreichen eines gemeinsamen Verständnisses der Probleme des / der Patient_in und der Therapieoptionen, die zu den Werten des / der Patient_in passen.

Jegliche Form der Patientenkommunikation und die patientenzentrierte Kommunikation im Besonderen sollen nach dem „six function model of medical communication“ (de Haes, 2009) die folgenden Zwecke erfüllen:

- Die Beziehung stärken
- Informationen erhalten
- Informationen geben
- Entscheidungen treffen
- Mit Gefühlen umgehen
- Zu Selbstmanagement befähigen.

Eine grundlegende Technik der patientenzentrierten Kommunikation ist z.B. die nondirektive Gesprächsführung nach Rogers. Ebenfalls hilfreich ist das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente.

Nondirektive Gesprächsführung nach Rogers

Der amerikanische Psychotherapeut Carl Rogers entwickelte das Konzept der „klientenzentrierten oder personenzentrierten Kommunikation“ (im psychotherapeutischen und Beratungskontext ist der Begriff Klient_in verbreiteter als Patient_in. In diesem Manual wird durchgängig der Begriff „patientenzentriert“ genutzt). Sie stellt die Bedürfnisse der / des Patient_in den Vordergrund der Beziehung zwischen Therapeut_in und Patient_in. Die Haltung des / der Therapeut_in ist dabei von den folgenden drei Faktoren geprägt:

- Kongruenz: Authentisch auftreten, ehrlich und echt sein
- Respekt: Akzeptanz der Person, ihr mit unbedingter Wertschätzung (positiver Einstellung) begegnen
- Empathie: Sich sensibel in die Wahrnehmungsweise der Person einfühlen

Für Rogers steht im Vordergrund der therapeutischen Beziehung, die Sichtweise des / der Patient_in zu erforschen und ihn / sie dabei zu unterstützen, sich selber zu reflektieren und seine / ihre bereits vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Eine zentrale Gesprächstechnik der patientenzentrierten Kommunikation ist das aktive Zuhören (s. Modul A1).

Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ wurde von Prochaska und DiClemente (Prochaska, 1997) aus verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen entwickelt (daher transtheoretisch). Aufgezeigt werden bestimmte Phasen oder Stufen, die im Rahmen jeglicher Entscheidungs- und Veränderungsprozesse, im alltäglichen Leben oder in therapeutischen Prozessen, durchlaufen werden.

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung unterteilt den Veränderungsprozess in fünf Stufen:

1. Absichtslosigkeit: Es ist den Betroffenen nicht bewusst, dass es zu ihrem Verhalten eine (bessere?) Alternative gibt.
2. Absichtsbildung: Die Betroffenen haben ein Problembewusstsein und entwickeln die ersten Überlegungen, ihr Verhalten zu ändern.
3. Vorbereitung: Die Betroffenen haben sich für eine Möglichkeit der Verhaltensänderung entschieden und planen konkrete Verhaltensänderungen.
4. Handlung: Die Verhaltensänderungen werden begonnen.
5. Aufrechterhaltung: Das neue Verhalten wird langfristig durchgeführt.

Für die Kommunikation bedeutet das Transtheoretische Modell, mit Patient_innen entsprechend der Phase zu kommunizieren, in der sie sich aktuell befinden. Ein Beispiel: Einer Patient_in ein physiotherapeutisches Übungsprogramm vorzuschlagen, die sich einer Einschränkung ihrer Beweglichkeit und deren Folgen noch gar nicht bewusst ist, wird nicht viel bringen.



Vertiefung:

Schauen Sie sich auf YouTube die folgenden Videos zum Transtheoretischen Modell an:

[Die 6 Stufen der Verhaltensänderung](#) (4) (deutsch)

[Trans-Theoretical Model of Behaviour Change](#) (5) (englisch)

[Transtheoretical Model](#) (6) (englisch)



6. Übung:

Bilden Sie Zweierteams (mit einer Kollegin / einem Kollegen aus Ihrer Berufsgruppe). Wählen Sie je ein typisches Beispiel für eine schwierige Verhaltensänderung Ihrer Patient_innen. Stellen Sie sich diese Person in jeder Phase des Transtheoretischen Modells vor. Entwickeln Sie vier kurze Dialoge zwischen Person A und Person B: A ist Patient_in, B ist HCP. A stellt sich in jeder Phase des Transtheoretischen Modells vor und sagt einen Satz über sich, der ihn / sie auf dieser Stufe beschreibt. B antwortet darauf mit einer Frage, die

für A einen Anstoß sein könnte, sich in Richtung der nächsten Stufe zu bewegen. Stellen Sie diese kurzen Skripte inkl. einer kurzen Fallbeschreibung für Ihre Kommiliton_innen in Ihr E-Portfolio.

2.5 In den Schuhen der Patient_innen

Menschen mit Beschwerden und Krankheiten versuchen, die Vorgänge in ihrem Körper zu verstehen und zu einem (für sie sinnvollen) Konzept zusammen zu setzen. Die meisten Ihrer Patient_innen oder Klient_innen haben jedoch keine medizinische Ausbildung und lesen keine Fachliteratur, daher sind sie auf ihrem Weg zu einem Krankheitsverständnis auf andere, nicht immer zuverlässige Quellen angewiesen. Ihre Informationen stammen aus den Medien, Sachbüchern für medizinische Laien, von Freunden und Bekannten und von Menschen mit unterschiedlichen medizinischen Berufen. Aus diesen Informationen und eigenen Erfahrungen erklären sich Patient_innen Krankheiten, Gesundheit und die Wirkungsweise von Therapien. Diese Erklärungsmodelle bezeichnet man als subjektive (Laien-)Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Therapie. Sie decken sich nicht immer mit denen der medizinischen Profis. Sie entwickeln sich im Laufe des Lebens und einer Erkrankung und sind veränderbar, wenn neue Informationen hinzukommen oder sich bisherige Überzeugungen als falsch herausstellen. Dies passiert meist, wenn die Erfahrungen der Patient_innen, die sie am eigenen Leibe erfahren oder in ihrer Umgebung (bei Menschen mit ähnlichen Beschwerden oder Erkrankungen) beobachten, ihren bisherigen Vorstellungen widersprechen.

Ein Beispiel:

Die 67jährige Frau W. wird zunehmend kurzatmig bei ihren gewohnten körperlichen Belastungen, z.B. beim Treppensteigen oder beim Tragen von Einkaufstüten. Sie vermutet, dies sei eine normale Alterserscheinung und reduziert Stück für Stück ihre Belastungen. Sie kauft nur geringe Mengen ein, die leichter zu tragen sind und benutzt den Fahrstuhl mehr als früher. Wenn sie sich mit ihren Bekannten im gleichen Alter vergleicht, fällt ihr wohl auf, dass sie weniger schafft als die meisten. Aber sie versucht, darüber nicht nachzudenken. Noch schafft sie ja alles, was nötig ist. Deswegen medizinische Hilfe zu suchen, ist ihr noch nicht in den Kopf gekommen.

Auf die Frage, ob sie sich normal fit fühlt, antwortet sie mit "ja".

Letzte Aktualisierung: 14.03.2018, Bearbeiter/in: Dr. Patricia Hänel

Alle Menschen konstruieren für sich diese Konzepte, um sich ihre Erfahrungen zu erklären. Auch HCP entwickeln im Laufe ihrer Ausbildung und Tätigkeit Krankheitskonzepte, die durch fachliche Informationen gespeist sind. Meist gibt es sowohl zwischen HCP und ihren Patient_innen als auch zwischen den verschiedenen medizinischen Berufsgruppen unterschiedliche Modelle zu Ursachen, Bedeutung und Behandlungsformen und –prioritäten von Erkrankungen. Dabei erfüllt jedes Modell in der Denkweise und Arbeitsrealität der jeweiligen Person / Berufsgruppe die Funktion, das Management von Krankheiten zu ermöglichen. In der patient_innenzentrierten Arbeit ist es weniger das Ziel, Patient_innen zu dem Krankheitsmodell zu erziehen, das die jeweilige Berufsgruppe als richtig („wahr“) erachtet, sondern zu bewerten, ob das subjektive Modell für den individuellen Umgang der / des Patient_in für ihn oder sie nützlich ist.

Denn aus dem subjektiven Gesundheits- oder Krankheitskonzept leiten Patient_innen ihre Einstellungen gegenüber Krankheiten und Therapien ab und sie beeinflussen in hohem Maße, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen.

Frau Weller ordnet ihre abnehmende Leistungsfähigkeit als normale Alterserscheinung ein. Beschwerden, die sie eigentlich beunruhigen sollten, ignoriert sie oder konzeptionalisiert sie als “normal”.

Auch Angehörige medizinischer Fachberufe können sich oft wie „Laien“ verhalten, wenn es um Krankheiten aus anderen Fachberufen geht.

Der US-amerikanische Psychologe Howard Leventhal (*1931) hat für diese Phänomene das sog. Selbstregulationsmodell (Leventhal, 2016) entwickelt (englisch: common sense model of self-regulation oder self-regulation model: SRM). Es beschreibt, wie subjektive Krankheitsmodelle aufgebaut sind und wie sich Krankheitsmodell und Bewältigungsverhalten (Coping) gegenseitig beeinflussen.

Die Komponenten subjektiver Krankheitsmodelle

Subjektive Krankheitsmodelle bestehen meist aus den folgenden Komponenten:

Identität (Name der Krankheit und zugeordnete Symptome)

- Bsp.: Luftnot oder Alterserscheinungen

Kontrollüberzeugungen (Habe ich selber oder andere Menschen, Medikamente oder die Umwelt einen Einfluss auf die Krankheit?)

- Bsp.: “Am Altern kann ich nichts ändern” oder “dagegen helfen vielleicht Medikamente”

Konsequenzen (Was werde ich in meinen verschiedenen Lebensbereichen merken?)

- Bsp.: “Vielleicht komme ich in meiner Wohnung nicht mehr zurecht” oder “Wenn ich Schwäche zeige, muss ich vielleicht ausziehen”

Annahmen zur Zeitdauer (Verlauf, akut, chronisch, zyklisch)

- Bsp.: “Wenn ich mich erstmal richtig erholt habe, wird es mir wieder besser gehen” vs. “meine Krankheit wird sich in den nächsten Jahren vermutlich noch verschlechtern”

Kausalitätsannahmen (somatisch, intrapsychisch, interpersonell, sozial, etc...)

- Bsp.: Alterserscheinung oder Krankheit

Einen Teil dieser Komponenten fragt der [“Fragebogen zur Krankheitswahrnehmung”](#) (7) ab. Ein genaueres Bild lässt sich jedoch nur im Gespräch mit dem / der Patient_in erkennen.

Je nachdem, welches Krankheitsmodell ein/ eine Patient_in hat, wird er oder sie meiden, was er / sie als krankheitsverschlimmernd betrachtet, suchen, was die Krankheit ihrer / seiner Meinung nach verbessert, aktiv sein, wenn er / sie glaubt, einen Einfluss auf die Erkrankung zu haben oder sich der Erkrankung passiv ausliefern, wenn sie / er glaubt, das eigene Verhalten habe keinen Einfluss auf die Erkrankung.



7. Übung:

- Entwickeln Sie anhand der Informationen über das Selbstregulationsmodell nach Leventhal gemeinsam mit einer / einem Kommiliton_in aus einer anderen Berufsgruppe einen kurzen Gesprächsleitfaden, mit dem Sie Patient_innen nach ihrem Krankheitsmodell befragen können (fünf bis zehn Fragen). Nutzen sie möglichst viele offene Fragen. Stellen Sie Ihren gemeinsamen Gesprächsleitfaden in das E-Portfolio ein.
- Der Gesprächsleitfaden wird von Ihrer Dozentin gegengelesen und ggf. kommentiert.
- Streuen Sie die Fragen dieses Leitfadens in den nächsten Tagen bei ein bis drei Ihrer Patient_innen im Rahmen ihrer beruflichen Patient_innenkontakte ein, um (ganz nebenbei) zu erfahren, welches Krankheitsmodell er oder sie hat.
- Verfassen Sie einen kurzen Fallbericht von dem oder der Patient_in, deren Erklärungsmodell für seine oder ihre Erkrankung sich am stärksten von dem Modell unterscheidet, mit dem Sie sich diese Erkrankung erklären. Der Fallbericht soll höchstens 3000 Zeichen umfassen und die fünf Komponenten subjektiver Krankheitsmodelle enthalten.
- Lesen Sie die Fallbeschreibung Ihrer / Ihres Partner_in.

- Identifizieren Sie gemeinsam mit Ihrem / Ihrer Partner_in mindestens je einen Aspekt seines / ihres Krankheitsmodells, der den Umgang mit der Krankheit erleichtert bzw. erschwert.



Vertiefung:

Subjektive Krankheitsmodelle sind ein Beispiel dafür, dass und wie sich Menschen Bilder der Wirklichkeit konstruieren. Der Psychologe Paul Watzlawick hat sich viel mit diesen Konstruktionen der Wirklichkeit beschäftigt (s. dazu auch Modul A1). Schauen Sie sich dazu das Video „Paul Watzlawick - Wenn die Lösung das Problem ist (1987)“ auf YouTube an. Am wichtigsten sind die ersten 20 Minuten an (der Rest ist ebenfalls sehr interessant). Ab Minute sieben erfahren Sie, dass Menschen die Eigenschaft haben, sich Konzepte darüber zu entwerfen, wie die Welt funktioniert und an diesen Konzepten sehr standhaft festhalten, auch wenn sie sich als nicht optimal herausstellen. Ab Minute elf berichtet Watzlawick über ein sehr interessantes Experiment, das zeigt, dass Menschen an ihren Vorstellungen von der Wirklichkeit festhalten, auch wenn eindeutig ist, dass sie falsch sind. Dies können Sie auch auf die subjektiven Krankheitsmodelle übertragen.

Interessierte können sich auch einen weiteren Vortrag von Watzlawick ansehen: „Wie wirklich ist die Wirklichkeit“.

Coping

Wie genau Menschen mit einer Erkrankung oder einer Einschätzung umgehen, wird als Copingverhalten (Bewältigungsverhalten) bezeichnet.

Es gibt unterschiedliche Darstellungen, welche Copingstrategien existieren. Allen gemeinsam ist, dass sie aus einem Wechselspiel aus Persönlichkeit, Krankheit, subjektivem Krankheitsmodell und Erfahrungen bestehen. In diesem Modul werden die Copingmechanismen anhand des [Essener Fragebogens zur Krankheitsbewältigung](#) (8) (EFK) dargestellt.

Er unterscheidet:

Letzte Aktualisierung: 14.03.2018, Bearbeiter/in: Dr. Patricia Hänel

Handelndes, problemorientiertes Coping: aktive Bewältigung

z.B. „Ich mache Pläne und halte mich daran“ (Frage Nr. 4 des EFK)

Abstand und Selbstaufbau: Suche nach Selbstbestätigung, Ermutigung, Ablenkung und Abstand, Versuch, sich selber aufzubauen

z.B. „Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen“ (Frage 7)

Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr: ausblenden und ignorieren sowie Wunschträume und herunterspielen von Beschwerden

z.B. „Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit“ (Frage 43)

Depressive Verarbeitung: Selbstmitleid und Rückzug

z.B. „Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück“ (Frage 29)

Informationssuche und Erfahrungsaustausch: aktive Suche nach Informationen über die eigene Erkrankung durch Gespräche mit anderen Betroffenen oder Suche nach Literatur

z.B. „Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört“ (Frage 14)

Bereitschaft zur Annahme von Hilfe: die innere Bereitschaft, sich zu öffnen und Unterstützung anzunehmen

z.B. „Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an“ (Frage 34)

Aktive Suche nach sozialer Einbindung: Aufrechterhaltung oder Neuschaffung sozialer Kontakte

z.B. „Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf“ (Frage 39)

Vertrauen in die ärztliche Kunst: vertrauen in die Arbeit der Ärzt_innen, befolgen von Anordnungen

z.B. „Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung“ (Frage 41)

Erarbeiten eines inneren Halts: religiöse oder alternative ich-stärkende Verhaltensmuster

z.B. „Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen“ (Frage 28)

Genauso wie Krankheitsmodelle können Patient_innen auch ihre Copingstrategien ändern. Diese Entwicklung resultiert z.B. aus Erfahrungen, dass das bisherige Copingverfahren nicht erfolgreich ist oder neuem Wissen über die Krankheit und Therapieansätze.

2.6 Gemeinsame Entscheidungsfindung

Stellen Sie sich folgende Situation vor: Während Ihres Sommerurlaubs beauftragen Sie einen Maler, die Rahmen Ihrer Fenster abzuschleifen und neu zu streichen. Bei Ihrer Rückkehr erwartet Sie eine Überraschung: In einem Raum hat der Handwerker die alten Fenster komplett gegen neue ausgetauscht. Er erklärt Ihnen, dass bei einem Fenster das Holz so morsch gewesen sei, dass er es nicht habe schleifen können. Also habe er es durch ein Neues ersetzt, das außerdem eine sehr gute Wärmedämmung sicherstelle. Der Einheitlichkeit halber habe er das zweite Fenster im Zimmer ebenfalls erneuert. Damit „Sie nicht in fünf Jahren wieder alles neu machen müssen“ habe er gleich hochwertige Fenster eingesetzt, die entsprechend viel kosten.

Wie reagieren Sie?

Diejenigen unter Ihnen, die sich maßlos über die Bevormundung ärgern, die Sie bezahlen müssen, sind einem Mangel an gemeinsamer Entscheidungsfindung (shared decision making) zum Opfer gefallen. Unvorstellbar? In der Medizin häufig an der Tagesordnung: Patient_innen suchen wegen eines medi-

zinischen Problems eine Fachperson auf. Diese entscheidet entsprechend ihres persönlichen oder professionsspezifischen Krankheits- und Gesundheitsmodells (siehe Kapitel 2.5), welches das Hauptproblem der / des Patient_in ist und wie dieses optimal behoben werden soll. Auch wenn diese Entscheidung nach bestem Wissen und Gewissen der Fachperson geschieht und dem / der Patient_in sehr empathisch und verständlich mitgeteilt wird, so finden wir hier doch ein paternalistisches Patient_in – HCP – Verhältnis (s. Kapitel 2.2).

Patient_innen entscheiden mit

Mit zunehmendem Selbstbewusstsein wollen immer mehr Patient_innen in medizinische Entscheidungen einbezogen werden. Zu den Beziehungen zwischen Ärzt_innen und Patient_innen liegen dazu konkrete Zahlen vor, zur Beziehung zu nichtärztlichen HCP bislang noch nicht. Je nach Untersuchung wollen hier zwischen 43% und 58% (Coulter, Magee, 2003 bzw. Böcken, 2004) der Patient_innen gemeinsam und gleichberechtigt mit ihren Ärzt_innen entscheiden. Je älter, je kränker und je niedriger die soziale Schicht der Befragten war, umso geringer ist der Wunsch nach Mitentscheidung. Auch wenn nur ungefähr die Hälfte der Patient_innen gleichberechtigt mitentscheiden wollen, so wünschen sich doch fast alle (96%) Patient_innen Wahlmöglichkeiten und wollen bei Entscheidungen nach ihrer Meinung gefragt werden (Levinson, 2005).



Was bedeutet Shared Decision Making (SDM)?

Shared Decision Making (gemeinsame oder partizipative Entscheidungsfindung) bezeichnet eine Interaktion zwischen Patient_innen und HCP, in der Entscheidungen der Diagnostik, Therapie und Pflege gemeinsam getroffen werden (Scheibler 2003). Voraussetzungen dafür sind

- Die Bereitschaft und Fähigkeit auf beiden Seiten zur gleichberechtigten und ergebnisoffenen Diskussion

- Die Kenntnis der jeweiligen Prioritäten
- Das Erkennen und Formulieren von Zielen
- Die Verfügbarkeit und der Austausch verständlicher Information
- Eine Einigung darauf, wer bei Uneinigkeit das letzte Wort hat.

SDM ist besonders nützlich bei chronischen und mehrfachen Erkrankungen, bei Erkrankungen, die ein gutes Selbstmanagement außerhalb der HCP – Patient_innenkontakte erfordern und bei solchen mit mehreren Behandlungsalternativen, die unterschiedliche und unsichere Nutzen oder Nebenwirkungen haben.

Haltung und Gesprächsaufbau beim SDM

(Klemperer, 2015, Cushing, 2007)

Die Voraussetzungen für ein Shared Decision Making ist eine Beziehung, in der sich HCP und Patient_in tatsächlich auf Augenhöhe begegnen. In dieser arbeiten zwei Expert_innen zusammen: Der / die HCP ist Expert_in in einem bestimmten medizinisch-pflegerischen Bereich, der / die Patient_in für die eigene Persönlichkeit, ihre Werte und Wünsche, ihre Lebensumstände etc. Diese Haltung ermöglicht in einer konkreten Entscheidungssituation eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Dabei muss der / die Patient_in zunächst vom HCP so viel wie möglich über die Erkrankung und die möglichen Maßnahmen erfahren, der / die HCP benötigt Informationen über die Wünsche und Ziele der / des Patient_in. Gemeinsam diskutieren sie, welche Maßnahmen für den / die Patient_in vor dem Hintergrund seiner / ihrer Prioritäten und der Lebenssituation die besten sind. Am Ende der Diskussion steht die Einigung auf einen gemeinsamen Plan.

Die folgenden Schritte können HPC in diesen Entscheidungssituationen gehen:

- Mitteilen, dass Entscheidungen nötig und möglich sind
- Gleichberechtigung der Partner betonen

- Krankheitsbezogene Ziele, Prioritäten und Werte ermitteln oder bestätigen (wenn man den / die Patient_in schon länger kennt) (mehr zur Zielfindung erfahren Sie im Kapitel 2.8)
- Über Wahlmöglichkeiten informieren
- Über Vor- und Nachteile der Optionen informieren
- Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
- Präferenzen ermitteln
- Aushandeln der Entscheidung
- Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
- Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Praxisbeispiel: Decision Coaching

HCP können Patient_innen dabei unterstützen, eine aktive Rolle in der Entscheidungsfindung einzunehmen. Dies ist eine anspruchsvolle Aufgabe, für die zum einen sehr gute kommunikative Kompetenzen notwendig sind, zum anderen ein genaues Wissen über Chancen und Risiken der jeweiligen Optionen. Diese Aufgabe ist als „Decision Coaching“ international bereits verbreitet. Eine weitergehende Information finden Sie in dem Artikel „Evidenzbasierte Gesundheitsinformation und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege“ von Anke Steckelberg in der Zeitschrift „Pflege“ (2016, 29(5), 225–226, als E-Journal in der ASH-Bibliothek erhältlich).



Pflichtlektüre:

Lesen Sie den Artikel “Partizipation in der Therapie – Verantwortung teilen” von Luzia Buchli (ergopraxis 06/17, als E-Journal in der ASH-Bibliothek erhältlich). Machen Sie den Test am Ende des Artikels.



8. Übung:

Diskutieren Sie in Vierergruppen (berufsgruppenübergreifend) in einer Webkonferenz: Worin sehen Sie die Vorteile von SDM, wo liegen Ihrer Meinung



nach die Risiken, wo die Grenzen? Fassen Sie die Ergebnisse Ihrer Diskussion in einem gemeinsamen Text zusammen (E-Portfolio). Diskutieren Sie auch die folgenden Szenarien:

- Am Ende eines SDM-Prozesses trifft ein / eine Patient_in eine Entscheidung, die Sie aus Sicht Ihrer Profession für falsch halten. Wie verhalten Sie sich?
- Wie verhalten Sie sich, wenn die Entscheidung gegen die gültigen Leitlinien verstößt?
- Wie geht es Ihnen wenn sie über den Kopf der Patient_innen entscheiden müssen, weil die Patient_innen nicht in der Lage sind zu kommunizieren oder z B. delirant, nicht orientiert oder dement sind?
- Welche Maßnahmen kommen zum Einsatz wenn Patient_innen, Angehörige (oder Betreuer_innen mit Vollmacht) und HCP's entgegengesetzte Ziele verfolgen wollen?
- Was tun sie, wenn sie mitbekommen, dass Patienten, die eigentlich in Entscheidungen mit einbezogen werden könnten von anderen Berufsgruppen oder Angehörigen „übergangen“ werden?

Den Umgang mit diesen Situationen reflektiert jede_r Student_in individuell für sich und dokumentiert seinen / ihren persönlichen Handlungsleitfaden im E-Portfolio.

Vertiefung:

Auf der Webseite www.gesundheitsinformation.de (9) (herausgegeben vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG) finden Sie ein Beispiel für eine Technik, Menschen bei Entscheidungen zu unterstützen ([Entscheidungshilfe](#)) (10). Sie ist abgeleitet vom Ottawa Personal Decision Guide. Testen Sie dieses Formular anhand einer Entscheidung, die Sie persönlich betrifft. Den praktischen Einsatz dieser Entscheidungshilfe können Sie auch als [Videobeispiel](#) (11) (englisch) ansehen.





2.7 Informieren

Die Prävention und Behandlung der meisten Krankheiten sind darauf angewiesen, dass Patient_innen die dafür notwendigen Maßnahmen kennen, verstehen, für nützlich halten und sie selbständig durchführen können. Beziehungsmodelle zwischen HCP und Patient_innen wie die gemeinsame Entscheidungsfindung oder die informierte Entscheidungsfindung (s. Kapitel 2.2 und 2.6) sind nur möglich, wenn Patient_innen entsprechend informiert und aktiv sind. Diese Eigenschaft von Patient_innen wird als „Health Literacy“ bezeichnet. Es gibt keine wörtliche Übersetzung dieses Begriffes ins Deutsche, daher wird er meist in seiner englischen Form benutzt oder als „Gesundheitskompetenz“ übersetzt.



„**Health Literacy** basiert auf allgemeiner Lese- und Verständnisfähigkeit und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.“ (Sørensen, 2012)

Gesundheitskompetenz ist somit auch die Voraussetzung für Shared Decision Making. Laut einer Studie der Universität Bielefeld (Schaeffer, 2016) sind allerdings über 50% der Bevölkerung in Deutschland dazu nur eingeschränkt fähig.



Pflichtlektüre:

Zusammenfassung (S. 3 und 4) und Kapitel 6 (Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, S. 39 und 40) des [Ergebnisberichts GESUNDHEITSKOMPETENZ der Bevölkerung in Deutschland](#) (12).



Vertiefung

Letzte Aktualisierung: 14.03.2018, Bearbeiter/in: Dr. Patricia Hänel

- [Gesundheitskompetenz - Die Fakten](#) (13). Herausgegeben von Ilona Kickbusch, Jürgen Pelikan, Jörg Haslbeck, Franklin Apfel und Agis D. Tsouros. Deutsche Fassung veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz, und gefördert vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem AOK-Bundesverband, Deutschland. 2013
- [Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz](#) (14). Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (Hrsg.): Berlin: KomPart 2018
- Ein Praxisbeispiel, das die Dimensionen von Gesundheitskompetenz zeigt, ist das australische „Northern NSW Health Literacy Project“. Auf verschiedenen Ebenen, mit verschiedenen Maßnahmen, soll hier Gesundheitskompetenz verbessert werden, um in den folgenden Bereichen Verbesserungen zu erzielen:



Bildquelle und mehr Informationen: <https://ncphn.org.au/archives/programs/health-literacy>

Verständlich erklären, Erinnerung verbessern

HCP spielen eine wichtige Rolle bei der Informierung von Patient_innen.

Wenn sie das Vorwissen, das individuelle Krankheits- und Therapiekonzept,

Letzte Aktualisierung: 14.03.2018, Bearbeiter/in: Dr. Patricia Hänel

die Werte und Ziele und die kognitiven Fähigkeiten ihrer Patient_innen gut kennen, können sie Informationen auf die Bedürfnisse der Patient_innen zuschneiden und sie dabei unterstützen, alles zu verstehen, zu erinnern und anzuwenden.

Im Gespräch helfen dabei die folgenden Kommunikationstechniken:

- Perspektive der / des Patient_in erfragen
- Leichte oder einfache Sprache
- Chunk and check
- Teach-back
- Wiederholen
- Zusammenfassen
- Zum Nachfragen anregen

Stand der Dinge und Perspektive erfragen

Menschen verstehen und erinnern Informationen besser, die einen Bezug zu ihrem vorhandenen Wissen haben. Ganz neue Informationen oder Informationen, die ihren bisherigen Vorstellungen widersprechen, werden schlechter aufgenommen. Daher sollte jedes Informationsgespräch mit einer Abklärung des Wissensstandes der / des Patient_in beginnen. Setzen Sie dazu offene Fragen ein:

- Was ist Ihr Stand der Dinge bezüglich der geplanten Maßnahmen?
- Welche Informationen haben Sie bisher zu Ihrer Erkrankung bekommen?
- Wie weit sind Sie Ihrer Meinung nach schon gekommen?
- Etc.

Tipp:

Wenn Sie Ihre Patient_innen zu etwas ausführlicheren Berichten anregen wollen, beginnen Sie Ihre Fragen mit: „*Erzählen Sie mir doch mal...*“. Dies zeigt



an, dass Sie nicht auf eine richtige und knappe Antwort aus sind, sondern durchaus mehr hören wollen.

Leichte oder Einfache Sprache

Leichte und Einfache Sprache sind Sprech- und Schreibtechniken, die das Verständnis von Fachtexten und komplexeren Alltagstexten besser verständlich machen. Die Leichte Sprache wurde für Menschen mit Behinderungen und Lernschwierigkeiten entwickelt und hat in Deutschland besonders seit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention 2009 große Bedeutung erlangt. Sie erleichtert auch Menschen mit geringen Deutschkenntnissen das Verständnis. Die Einfache Sprache ist etwas komplexer als die Leichte Sprache und erleichtert das Verständnis nicht nur für diejenigen, die selten oder nie lesen, keine Vorkenntnisse haben oder einen geringen Wortschatz haben. Auch gebildete und lesefreudige Menschen verstehen Texte zu einem ihnen unbekanntem Thema besser, wenn sie einfach geschrieben sind.

Die wichtigsten Regeln der Leichten und Einfachen Sprache sind:

- Einfache Wörter nutzen (keine Fach- und Fremdwörter, Metaphern, literarische Begriffe, Oberbegriffe)
- Kurze Wörter benutzen
- **Tipp:** [Hier](#) (15) finden Sie ein Wörterbuch der Leichten Sprache.
- Kurze Sätze bilden (Leichte Sprache +/- 10, Einfache Sprache unter 15 Wörtern)
- Nebensätze vermeiden
- Aktive Sprache, Verben statt Substantive
- Keine bildliche Sprache
- Zahlen als Ziffern schreiben



Pflichtlektüre:

[Leichte Sprache - ein Ratgeber](#) (16) Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Letzte Aktualisierung: 14.03.2018, Bearbeiter/in: Dr. Patricia Hänel



Chunk and Check

Menschen können nur eine begrenzte Menge an Informationen aufnehmen. Je unbekannter und komplexer das Thema, je höher die emotionale Belastung, je geringer die kognitiven Fähigkeiten, umso geringer ist auch die Menge an Informationen, die ein Mensch versteht und erinnert. Als Daumenregel gilt: Von einem medizinischen Gespräch verstehen und erinnern medizinische Laien drei bis fünf Informationen. In den meisten medizinischen Gesprächen werden jedoch deutlich mehr Informationen vermittelt. Um sicher zu stellen, dass Patient_innen die wirklich wichtigen Informationen behalten, sollte sich der / die HCP 1. in der Vorbereitung des Gespräches die Informationen in kleinere Informationseinheiten („chunks“) aufspalten und sich die drei bis fünf chunks bewusst machen, die der / die Patient_in auf jeden Fall verstehen muss. 2. muss der / die HCP für jedes dieser chunks überprüfen, ob und was der / die Patient_in verstanden hat.

Teach-back

Teach-back oder Zurück-Erklären steht für das regelmäßige Vergewissern in einem Gespräch, ob und was das Gegenüber verstanden hat. Dabei wird der / die Gesprächspartner_in aufgefordert, das bisher Gesagte in seinen / ihren eigenen Worten zu wiederholen. Sie können z.B. fragen:



- Ich möchte wissen, ob ich alles gut erklärt habe. Können Sie mir daher bitte kurz noch einmal wiederholen, was für Sie von dem eben besprochenen das Wichtigste ist?
- Nur damit ich sicher bin, dass ich nichts vergessen habe: Können Sie noch einmal für mich wiederholen, welche Übungen wir schon besprochen haben?

Stellt sich beim Teach-back heraus, dass Informationen falsch oder nicht verstanden wurden, muss die Erklärung so lange mit anderen Formulierungen wiederholt werden, bis die wichtigen chunks eindeutig verstanden wurden.

Wiederholen

Die wichtigen Informationen werden am besten erinnert, wenn sie in einem Gespräch dreimal genannt werden. Dabei können Sie unterschiedliche Formulierungen nutzen:

- Wichtig ist, dass Ihr Oberkörper hoch liegt
- Stellen Sie das Kopfteil Ihres Bettes etwas hoch
- Wenn Sie liegen, sollte Ihr Kopf höher als Ihre Füße sein.

Zusammenfassen

Am Ende jedes Gespräches sollte der /die HCP und der / die Patient_in die wichtigsten Informationen noch einmal zusammenfassen.

Zum Nachfragen anregen

Auch die besten Erklärungen werden für das Verständnis der / des Patient_in wichtige Punkte offen lassen. Viele Patient_innen scheuen sich jedoch, nachzufragen, weil sie sich schämen oder die Zeit der / des HCP nicht verschwenden wollen. Ermuntern Sie Ihre Patient_innen daher zum Nachfragen. Sie erreichen damit zwei Dinge: Sie wissen, welche Punkte noch unklar sind und Patient_innen werden zum kritischen Mitdenken angeregt. Denn nur wer aktiv mitdenkt, stößt auf Unklarheiten.

Um zu Fragen anzuregen, nutzt die Formulierung *„haben Sie dazu noch Fragen“* wenig – die meisten Menschen werden darauf mit *„nein“* antworten. Eine Formulierung könnte sein:

- Die meisten Menschen haben eine Menge Fragen zu diesem Thema. Ich kann mir vorstellen, dass es Ihnen ähnlich geht. Was sind Ihre Fragen?

Aus den USA kommt das Konzept des Ask-me-3. Dabei werden Patient_innen darin geschult, in medizinischen Gesprächen die folgenden drei Fragen zu stellen:

- Was ist mein Hauptproblem?
- Was muss ich tun?
- Warum ist es für mich wichtig, das zu tun?



Vertiefung:

Informationsbroschüre der Universität Bielefeld und des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz: [GESUNDHEITSKOMPETENZ - Verständlich informieren und beraten](#) (17).

Mehr über die teach-back-Technik erfahren Sie [hier](#) (18) (englisch).



9. Übung:

Sichten Sie die Informationsmaterialien für Patient_innen in Ihrer Einrichtung. Prüfen Sie sie auf Verständlichkeit, besonders für die (vielen, s. o.) Menschen, die medizinische Informationen nur schlecht verstehen. Legen Sie eine Tabelle in Ihrem E-Portfolio an, in der Sie schwierige Formulierungen oder Wörter durch besser verständliche ersetzen. Nennen Sie mindestens fünf Beispiele.

2.8 Ziele partizipatorisch entwickeln

Ziele als Basis einer gemeinsamen Entscheidungsfindung

Ein entscheidendes Instrument, um von der paternalistischen HCP-Patient_innen-Beziehung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung zu gelangen, ist die Einigung auf gemeinsame Ziele der Behandlung.

Verschiedene Untersuchungen (z.B. Boeckxstaens, 2016) haben jedoch gezeigt, dass es für Patient_innen sehr schwer ist, konkrete Ziele für die eigene medizinische Behandlung zu formulieren. Nach Zielen befragt bleiben diese oft schwammig und wenig handlungsleitend (wie z.B. „*ich will, dass es mir wieder besser geht*“). Ursachen sind:

- Patient_innen wissen häufig nicht, was mit „Zielen“ oder „Zielsetzung“ gemeint ist und könnten mit dem Konzept nichts anfangen.
- Durch die Akzeptanz der eigenen Situation kann das Bedürfnis nach anspruchsvollen Zielen reduziert sein. Die Wesensart von chronischen Krankheiten sowie das Alter könnten diese Neigung zur Akzeptanz beeinflussen.
- Gegenwärtige Stressfaktoren wie Schmerzen, Ängste oder Erschöpfung könnten so stark dominieren, dass der Zielsetzungsprozess in den Hintergrund rückt.
- Manchen Patient_innen erscheinen persönliche Ziele als egoistisch. Sie scheuen sich, andere zu oft um Hilfe zu bitten und sie zu belästigen.
- Patient_innen sind patientenzentrierte Behandlung nicht gewohnt und können sich daher nicht vorstellen, dass ihre persönlichen Ziele einen Einfluss auf klinische Entscheidungen haben.

Als Basis einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sind klare, eindeutige Ziele, die von Patient_innen wie HCP gleichermaßen für richtig gehalten und

verfolgt werden, jedoch sehr wichtig. Eine Aufgabe von HCP ist es daher, Patient_innen dabei zu unterstützen, eindeutige und zu ihnen passende Ziele zu formulieren. Denn gelingt ihnen dies nicht, müssen HCP für sie Ziele festsetzen. Diese sind aber möglicherweise nicht im Sinne der Patient_innen, motivieren sie nicht und verursachen im schlimmsten Falle Non-Adherence.

Was können gemeinsame Ziele sein?

In der Medizin werden diagnostische und therapeutisch-pflegerische Maßnahmen sehr häufig anhand biomedizinischer Parameter bewertet wie z.B. Blutzuckerwerte, Muskelkraft, Blutdruck oder EKG-Befunde. Besonders in wissenschaftlichen Untersuchungen und Leitlinien sind diese Messwerte notwendig, um Interventionen möglichst objektiv beurteilen zu können. Für Patient_innen sind diese Messwerte jedoch oft abstrakt und beziehen sich nicht immer auf ihr Befinden. Als Behandlungsziel sind sie für Patient_innen häufig wenig fassbar und attraktiv („*was habe ich von einem besseren Blutzuckerspiegel?*“) und motivieren daher nur wenig, sich dafür anzustrengen, Gewohnheiten aufzugeben, Nebenwirkungen zu ertragen etc.

In der patientenzentrierten Versorgung ist man daher bemüht, für Patient_innen motivierende Ziele aufzustellen, die aus der Patient_innenperspektive auch zu einer komplexen und ggf. lebenslangen Therapie motivieren.

Was sind motivierende Ziele?

Eine häufig angewendete Faustregel für motivierende Ziele ist die SMART-Regel, die Sie bereits in vorherigen Modulen kennengelernt haben. Zur Wiederholung: Das Akronym SMART steht für fünf Eigenschaften motivierender Ziele:

S = spezifisch: Ein Ziel soll sehr genau und konkret formuliert werden. „Bewegung“ ist ein Beispiel für ein unkonkretes Ziel. „Statt der Rolltreppe die Treppe benutzen“ hingegen ein konkretes.

M = messbar: Das Ziel muss messbar sein, damit man weiß, wann genau man es erreicht hat. „Besser treppensteigen“ wird messbar durch die Konkretisierung „in den vierten Stock ohne Pause“.

A = attraktiv: Hier kann zwischen „weg von“ Zielen (etwas soll aufhören) und „hin zu“ Zielen (etwas neues soll stattfinden). Attraktive Ziele im SMART-Modell sind „hin-zu“-Ziele. Beispiel: Statt: „an zwei Tagen in der Woche keinen Alkohol mehr trinken“ könnte „an zwei Tagen in der Woche abends Tees trinken“ stehen.

R = Realistisch: Zu anspruchsvolle, große Ziele machen Angst und frustrieren, wenn sie nicht erreicht werden können. HPC können Patient_innen dadurch unterstützen, dass sie unrealistisch hohe Ziele in kleinere Schritte unterteilen. „Wieder selbständig einkaufen“ kann in die Schritte „alleine auf die Straße gehen“, „bis zum Laden gehen“, „ohne Tragetaschen zum Laden und zurück“, „mit einem Brot und einer Butter zurück“ usw. aufgeteilt werden.

T = Terminiert: Der Zeitpunkt, zu dem ein Ziel erreicht sein soll, muss feststehen. Statt „bald“ eher „in vier Wochen“.

Ziele im Licht von Teilhabe sehen

Eine gute Möglichkeit, Ziele zu formulieren, bietet ein Ansatz aus der Rehabilitationsmedizin. Die wichtigste Aufgabe der Rehabilitation ist es, Menschen wieder die Teilhabe an sozialen Aktivitäten zu ermöglichen, die ihnen durch ihre Erkrankungen erschwert sind. In der Rehabilitation werden Erkrankungen daher weniger als biomedizinische Störungen angesehen, sondern als Einschränkungen von Funktionen, durch die bestimmte Aktivitäten nicht mehr möglich sind, wodurch die Teilhabe an bestimmten Bereichen des sozialen Lebens eingeschränkt ist (Grötzbach, 2012). Diese Herangehensweise wird in der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) abgebildet, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Sie ist eine von der WHO 2001 erstellte Klassifikation

zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen. Mit Hilfe der ICF kann die aktuelle Funktionsfähigkeit jedes Menschen, oder ihre Beeinträchtigung, beschrieben und klassifiziert werden. Sie definiert drei Arten von Zielen:

Teilhabe-Ziele: An welchen Lebenssituationen oder Lebensbereichen wollen Patient_innen wieder teilnehmen? Beispiel: Ab nächstem Jahr wieder arbeiten können.

Aktivitätsziele: Welche Aktivitäten müssen zur Erreichung des Teilhabe-Zieles wieder möglich sein. Beispiel: Lasten heben und tragen können.

Funktionsziele: Welche körperlichen / psychischen Funktionen muss der / die Patient_in ausführen können bzw. inwieweit müssen diese sich verbessern? Beispiel: Kraft in den Armen, gute Handfunktion und Gleichgewicht.



Mehr dazu in einer [Präsentation](#) (19) von Holger Grötzbach (2012)

Auf jeder Zielebene sollten die Ziele SMART formuliert werden. Jede dieser drei Zielebenen macht nur Sinn in Kombination mit den anderen beiden.

Unterstützung bei der Zielentwicklung

Wie oben beschrieben ist es für viele Patient_innen zunächst schwierig, konkrete motivierende Therapieziele zu formulieren. Es kann dabei helfen, mit dem / der Patient_in zusammen Assessments durchzuführen und bei den jeweiligen Items gemeinsam zu überlegen, welches konkrete Ziel der / die Patient_in daraus ableiten kann. Sehr allgemeine Assessments dazu sind der RNL-I und der EQ-5D:

Reintegration to Normal Living Index (RNL-I): In der deutschen Übersetzung bei Thomas, 2016 zu finden (Zeitschrift neuroreha, 08(02): 76-85, als E-Journal in der ASH-Bibliothek erhältlich)

Der RNL-I ist ein Fremdbewertungs-Assessment mit den folgenden Aspekten:

- Mobilität
- Tägliche Aktivitäten
- Rolle in der Familie
- Selbstversorgung durch den / der Patient_in

EuroQual 5 dimensions (EQ-5D) (20)

Selbstbeurteilungs-Assessment zur Beurteilung der Lebensqualität mit den Aspekten

- Schmerzen und körperliche Beschwerden
- Angst und Niedergeschlagenheit
- Beweglichkeit und Mobilität
- Alltägliche Tätigkeiten
- Selbstversorgung

10. Übung:

Finden Sie über die allgemeinen Assessments RNL-I und EQ-5D hinaus Assessments, die spezifisch für Ihre Profession bei der Zielfindung unterstützen können. Stellen Sie sie in Ihrem E-Portfolio zusammen.



Festlegen und Überprüfen von Zielen

Das sog. goal attainment scaling (21) (GAS) ist ein Verfahren zur Entwicklung und Bewertung von Therapiezielen. Es läuft in den folgenden Schritten ab
Schritt 1: In Zusammenarbeit mit der /dem Patient_in werden zwischen drei und fünf Zielen festgelegt.

Schritt 2: Gewichtung der Ziele durch

- Patient_in nach persönlicher Wichtigkeit
- HCP nach Schwierigkeit und Machbarkeit

Schritt 3: Definition der Ziellevels

Schritt 4: Ermittlung des Ist-Zustandes der / des Patient_in („base level“)

Schritt 5: Auswertung und Bestimmung des erreichten Ziellevels (idealerweise gemeinsam durch Patient_in und HCP)



11. Übung:

Entwickeln Sie mit einer / einem Ihrer Patient_innen Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabe-Ziele. Formulieren Sie jedes Ziel SMART. Dokumentieren Sie das Ergebnis in Ihrem E-Portfolio. Ergänzen Sie die folgenden Punkte:

- Welche Probleme oder Schwierigkeiten hatten Sie im Laufe des Gespräches? An welcher Stelle sind Sie nicht weiter gekommen? (Diese Probleme werden Sie während der Präsenzzeit bearbeiten.)
- Welche Fragen können Patient_innen bei der Entwicklung der Ziele helfen? Finden Sie beispielhaft Fragen für die folgenden Szenarien:
 1. Patient_in hat ein Funktionsziel und soll nun Aktivitäts- und Teilhabeziele entwickeln.
 2. Patient_in hat ein Aktivitätsziel und soll nun Funktions- und Teilhabeziele entwickeln.
 3. Patient_in hat ein Teilhabeziel und soll nun Aktivitäts- und Funktionsziel entwickeln.
- Welche Probleme könnten bei dem / der Patient_in auf dem Weg zu den Zielen entstehen? Überlegen Sie drei mögliche Probleme und entwickeln Sie Vorschläge, damit umzugehen.

2.9 Selbstwirksamkeits-fördernde Kommunikation

Ein psychologisches Konzept, das eng mit dem Selbstmanagement zusammen hängt, ist das Modell der Selbstwirksamkeitserwartung, entwickelt vom US-amerikanischen Psychologen Albert Bandura. Demnach ist für Motivation und Handlung die Überzeugung notwendig, dass die eigenen Kompetenzen und Ressourcen ausreichen, um auch neue und schwierige Handlungen erfolgreich durchführen zu können. Selbstwirksamkeitserwartung entsteht vornehmlich durch eigene Erfolgserlebnisse, eine Aufgabe schon einmal geschafft zu haben, und durch die Beobachtung anderer Menschen, die unter vergleichbaren Voraussetzungen diese Aufgabe geschafft haben. Auch, wenn gleich viel weniger, wirksam ist die Zusicherung anderer (HCP, Freunde, Familie), man sei in der Lage, eine Aufgabe zu bewältigen, ohne jedoch eigene Erfahrungen damit zu haben.

Ohne Selbstwirksamkeitserwartung, also ohne die Gewissheit, einer Aufgabe gewachsen zu sein, werden sich Menschen einer neuen Aufgabe nicht oder nur mit großen Bedenken stellen. Selbstwirksamkeitserwartung ist also eine Voraussetzung für Selbstmanagement und zugleich auch ein Ergebnis von erfolgreichem Selbstmanagement.

Erfolgserfahrungen aktivieren

Eine der wichtigsten Quellen von Selbstwirksamkeitserwartung sind also eigene Erfolgserlebnisse in gleichen oder ähnlichen Situationen. Daher besteht eine zentrale Kommunikationstechnik zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung darin, Erinnerungen an derartige Erfolgserlebnisse zu aktivieren. Die sog. Ressourcenorientierte Kommunikation geht davon aus, dass Menschen über fast alle Problemlösungskompetenzen bereits verfügen, sie jedoch nicht erinnern oder sie bei bestimmten Problemen noch nicht eingesetzt haben. Man kann Patient_innen im ganz alltäglichen Gespräch helfen, ihre Kompe-

tenzen besser kennen zu lernen. Dazu gehört, über bisherige Erfolge zu sprechen und herauszufinden, welche Kompetenzen die Patient_innen dabei bereits nutzen. Sie können in den folgenden Schritten vorgehen:



- Identifizieren Sie, ob und welche Hürden der / die Patient_in für sich sieht. Beispiel: *Ich kann im Supermarkt einfach nicht an der Kuchentheke vorbeigehen.*
- Erforschen Sie, ob es in der Vergangenheit Situationen gab, in denen der / die Patient_in eine ähnliche Hürde genommen hat. Beispiel: *Ich kann mir vorstellen, dass das schwer für Sie ist. Können Sie sich denn an eine Situation erinnern, in der Sie nichts an der Kuchentheke gekauft haben? Oder Bei welchen anderen Gelegenheiten können Sie denn ganz gut „nein“ sagen?*
- Benennen Sie diese Erfahrungen als erfolgreiches Beispiel: *Es ist gut zu wissen, dass Sie „nein“ sagen können.*
- Erarbeiten Sie gemeinsam mit der / dem Patient_in, was genau ihm oder ihr damals geholfen hat. Beispiel: *Erzählen Sie mir mal genauer, was das damals für eine Situation war. Was haben Sie gedacht, gemacht, gefühlt?* In unserem Beispiel könnte es sein, dass er / sie bereits satt zum Einkaufen gegangen ist, einen Einkaufszettel dabei hatte oder mit jemand anderem einkaufen war.
- Verstärken Sie die positive Erinnerung, indem Sie verbal den Zusammenhang zwischen Strategie und Ergebnis wiederholen (*Das ist ja prima. Sie wissen also, dass ein genauer Einkaufszettel Sie vom Kuchenkaufen abhalten kann*). Nonverbal können Sie durch Nicken und einen freundlich-respektvollen Gesichtsausdruck ein Erfolgsgefühl verstärken.
- Machen Sie mit der / dem Patient_in einen Plan für die nächste vergleichbare Situation.

Selbsthilfe: Kontakt mit Menschen mit ähnlichen Herausforderungen herstellen

Eine weitere wichtige Quelle der Selbstwirksamkeitserwartung ist der Vergleich mit und das Lernen von Menschen in ähnlichen Situationen („nahe Rollenmodelle“, peers). Eine Möglichkeit, diese kennen zu lernen, ist der Kontakt über Selbsthilfegruppen. Für viele Erkrankungen und Herausforderungen gibt es regionale und überregionale Selbsthilfegruppen, in denen sich Betroffene austauschen und unterstützen können. Einen guten Überblick und Recherchemöglichkeiten finden Sie bei der „Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen ([NAKOS](#)) (22). Die dort online verfügbare Datenbank ermöglicht die Recherche nach

- regionalen Selbsthilfeunterstützungsangeboten („rote Adressen“): regionale und örtliche Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungsstellen, die Informationen über die vor Ort arbeitenden Selbsthilfegruppen bereit halten.
- bundesweiten Selbsthilfevereinigungen im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie weitere Institutionen mit Selbsthilfebezug („grüne Adressen“): bieten Kontakte zu Selbsthilfegruppen und liefern Informationen zu bestimmten Themen.
- Kontaktvermittlung zu Menschen mit seltenen Erkrankungen („rote Adressen“): bundesweite Kontakte zwischen Menschen mit seltenen Erkrankungen, die keine passende Selbsthilfegruppe finden.

In kleinen Schritten vorgehen

Eine große Bedrohung für Selbstwirksamkeitserwartungen sind Misserfolge. Sie entstehen häufig dadurch, dass Ziele schwammig oder zu anspruchsvoll formuliert werden oder zu schnell erreicht werden sollen (nicht SMART sind, s. Kapitel 2.8). Dadurch sind sie schwer zu erreichen. Da sich Menschen meist leichter von Misserfolgen frustrieren als von Erfolgen motivieren lassen, ist es wichtig, möglichst viele Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. HCP können ihre Patient_innen dabei unterstützen, indem sie schwammige Ziele spezifizieren,

anspruchsvolle Ziele in realistische Teilziele herunterbrechen und einen machbaren Zeitplan vorschlagen.

Erfolge feiern und sichtbar machen

Erfolgserlebnisse sind wirksamer, wenn sie bewusst sind und explizit als Erfolge bezeichnet werden. Scheuen Sie sich nicht, erreichte Ziele mit Ihren Patient_innen zu feiern. Sie können sie bei multiprofessionellen Visiten den Kolleg_innen der anderen Berufsgruppen vorstellen oder symbolkräftig dokumentieren. In vielen anderen Bereichen ist das öffentliche und symbolhafte Zelebrieren von Erfolgen sehr verbreitet, beispielsweise die Verleihung von Gürteln verschiedener Farben in Kampfsportarten. Auch hier werden die Prüfungen zur Erlangung eines höheren Grades öffentlich zelebriert und der Gürtel dient (u.a.) der Bekanntmachung des Erfolges in der Prüfung.

Vertrauen in die eigenen Kompetenzen stärken

Das Feiern von Erfolgen kann gut genutzt werden, um das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen und somit die Selbstwirksamkeitserwartung weiter zu stärken. Dies ist durch eine sehr einfache kommunikative Intervention möglich:



Erfolg nennen: Wenn Sie eine Verbesserung bei einem / einer Patient_in festgestellt haben, sprechen Sie ihn / sie darauf an. Beispiel: *Frau Müller, mir ist aufgefallen, dass ich Sie in letzter Zeit gar nicht mehr daran erinnern muss, Ihre Atemübungen zu machen.*

Wertschätzen: *Das finde ich toll.*

Ressourcen hervorlocken: *Wie haben Sie es eigentlich geschafft, den Plan so gut einzuhalten?*

Nach der ersten Antwort kann man noch zweimal **nachfragen:**

- Und was haben Sie noch gemacht? oder
- Und was haben Sie noch anders gemacht? oder

- Und was hat noch gut funktioniert?

Der Effekt dieser Intervention ist, dass der / die Patient_in seine / ihre eigenen Ressourcen erinnert und mit eigenen Worten benennt. Eine zweifache Wiederholung verbessert die Erinnerung an diese eigene Ressource (s. Kapitel 2.7).

2.10 Motivierende Kommunikation

Ein häufiges Anliegen von HCP ist es, Patient_innen zu etwas „zu motivieren“. Dies kann Eigenaktivität, Adherence, Lebensstiländerung uvm. sein. Dahinter steht meist die fachliche Erkenntnis der / des HCP, dass bestimmte Maßnahmen „gut für den / die Patient_in“ sind. Die Kombination aus einseitiger Expert_innenperspektive (im Rahmen z.B. der paternalistischen HCP-Patient_innen Beziehung oder der HCP-als-Agent-Beziehung, s. Kapitel 2.2) und einem zeitknappen klinischen Alltag führt dann oft dazu, dass diese Maßnahmen „angeordnet“ werden, Patient_innen „überzeugt“ (oft überredet) werden müssen. Die Ergebnisse sind häufig für beide Seiten frustrierend. Wie Sie im Kapitel 2.1 erfahren habe, liegt die Adherence bei medizinischen Maßnahmen, die von den Patient_innen selber durchgeführt werden, nur bei ca. 50%. Dies verschlechtert die Ergebnisse der Behandlung und belastet die Beziehung zwischen Patient_in und HCP.

Eine wichtige Ursache für dieses Problem ist die Fehlannahme, dass die Motivation von Patient_innen „das Richtige“ zu tun, nur noch durch Expert_innenratschläge in die richtigen Bahnen geleitet werden muss und fortan genügend Eigenmotivation vorhanden ist, die Maßnahmen auch dauerhaft durchzuführen. Diese Annahme lässt jedoch ein paar grundlegende psychologische Mechanismen außer Acht: Die Macht der Gewohnheit, den Wunsch nach Autonomie und die Abwehr von Fremdbestimmung, Druck und Verboten (Reaktanz).

Die Macht der Gewohnheit

Gewohnheiten sind Verhaltensweisen, die ohne bewusste Entscheidungen und ohne besondere Aufmerksamkeit und Konzentration ablaufen. Sie sind gewissermaßen die „Grundeinstellung“ unseres Verhaltens. Gewohnheiten zu ändern bedarf geistiger Anstrengung und ist für die meisten Menschen unattraktiv. Daher ändert man Gewohnheiten nur, wenn es einen großen Unterschied zwischen dem gewohnten Verhalten und seinen Folgen und einem

neuen Verhalten mit anderen Folgen gibt. Beispiel: Mehr Bewegung bei Diabetes mellitus. Ein Diabetes mellitus macht, besonders in seiner Anfangsphase, keine Beschwerden. Dem Jetzt-Zustand steht also kein attraktiver Alternativ-Zustand gegenüber. Daher ist die Motivation zu mehr Bewegung, die den Krankheitsverlauf verlangsamen kann, meist gering, denn der Vorteil eines neuen Verhaltens ist gegenüber dem alten Verhalten nicht sichtbar. Der Mühe steht kein entsprechender Gegenwert gegenüber.

Wunsch nach Autonomie

Das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung ist (neben dem nach Kompetenz und sozialer Eingebundenheit) einer der zentralen Aspekte der Selbstbestimmungstheorie nach Richard M. Ryan und Edward L. Deci (s. Kapitel 2.1).

Reaktanz gegen Fremdbestimmung

Wird Autonomie z.B. durch Fremdbestimmung („überreden“) bedroht, ist eine häufige Reaktion, das bisherige Verhalten gegen die von außen gewünschte Verhaltensalternative aufzuwerten. Dies geschieht auch, wenn das gewohnte Verhalten objektiv ungesund ist. Beispiel: Menschen mit Übergewicht, das bereits zu Beschwerden geführt hat, reagieren mitunter auf die Anordnung, Gewicht zu reduzieren, mit einer reaktanten Umdeutung: „Dann sehe ich ja aus wie eine Hungerharke“ oder „ich fände mich nicht mehr attraktiv, wenn ich abnehme“.

Motivierende Gesprächsführung

Einen sehr wirkungsvollen Umgang mit den hier genannten Veränderungshindernissen bietet die „Motivierende Gesprächsführung“ („motivational interviewing“, MI) nach William Miller und Stephen Rollnick. Sie ist eine komplexe





therapeutische Intervention, die zunächst im Bereich der Suchttherapie eingesetzt wurde, mittlerweile aber auch in vielen anderen Therapie- und Beratungsbereichen Anwendung findet. Diese umfangreiche Fortbildung kann im vorliegenden Manual nicht abgebildet werden (als vertiefende Lektüre wird das Buch Motivierende Gesprächsführung von Miller & Rollnick empfohlen), ein paar wichtige Punkte sollen jedoch erwähnt werden.

Der Geist der Motivierenden Gesprächsführung liegt in einer partnerschaftlichen Grundhaltung (vgl. auch gemeinsame Entscheidungsfindung und klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers, Kapitel 2.4). Der / die Therapeut_in sieht sich nicht als übergeordnete Autorität, sondern erforscht mehr als zu ermahnen, unterstützt anstatt zu überreden und zu argumentieren. Eine Grundannahme ist, dass Klient_innen bereits über alle Ressourcen und die Motivation zur Veränderung verfügen, sie aber (noch) nicht nutzen. Alle Entscheidungen, sei es zu einer Veränderung oder zum Beibehalten des bisherigen Verhaltens, werden von dem / der Klient_in autonom getroffen. Therapeut_innen bestätigen dem / der Klient_in das Recht auf Selbstbestimmung. MI nutzt vier zentrale Prinzipien in der Kommunikation und dem Aufbau der therapeutischen Beziehung: Empathie ausdrücken, Diskrepanzen entwickeln und verstärken, Widerstand umlenken bzw. Reaktanz verhindern und Selbstwirksamkeit fördern (s. Kapitel 2.1 und 2.9).

Empathie ausdrücken

Empathie ist die Fähigkeit, die Gefühle anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen. Empathie auszudrücken bedeutet, als HCP diese Gefühle von Patient_innen aktiv anzusprechen, sie zu respektieren und ein Gespräch dafür zu nutzen, die Bedürfnisse von Patient_innen besser kennen zu lernen. In der medizinischen Gesprächsführung stellt die empathische Kommunikation eine eigenständige Technik dar, die Sie in der Präsenzzeit kennen lernen werden.

Diskrepanzen entwickeln und verstärken

Wie bereits erwähnt ändern Menschen ihre Gewohnheiten in aller Regel nur, wenn neue (und zunächst anstrengende) Verhaltensmuster attraktive Effekte versprechen. Diesen Unterschied zwischen Ist-Zustand und erwünschtem Soll-Zustand bezeichnet man in der Motivierenden Gesprächsführung als Diskrepanz. Je höher die Diskrepanz, umso höher ist die Motivation zur Verhaltensänderung. In der Motivierenden Gesprächsführung wird der / die Klient_in daher dabei unterstützt, einen sehr attraktiven Zielzustand zu entwickeln. Dabei wichtig: Es ist nicht die Aufgabe des oder der Therapeut_in, in blumigen Worten den zu erwartenden Zielzustand zu beschreiben (das führt eher zu Reaktanz), vielmehr liegt die Kunst darin, den oder die Klient_in den Zustand selber entwickeln und beschreiben zu lassen.

Widerstand umlenken und Reaktanz verhindern

Die Motivierende Gesprächstherapie bietet ein ganzes Bündel an Techniken, um mit Widerstand im Gespräch umzugehen. Als wichtigste seien hier nur erwähnt:



- Setzen Sie Ratschläge und Anordnungen sparsam ein: Auch wenn sie in der Regel gut gemeint sind, bergen sie das Risiko der Reaktanz und erzielen damit das Gegenteil des Gewünschten.
- Erforschen Sie, was dem / der Patient_in wichtig ist und überlegen Sie gemeinsam, wie diese Ziele erreicht werden können.
- Betonen Sie die Entscheidungsfreiheit der / des Patient_in. *Am Ende sind Sie diejenige, die entscheidet* versichert Autonomie, *ich werde Sie so gut ich kann dabei unterstützen* verhindert zugleich, dass der / die Patient_in sich alleine gelassen fühlt.

Einen Handlungsplan entwerfen

Mitunter scheitert die größte Motivation am nächsten Schritt. Eine hilfreiche Intervention dagegen ist: Ein Plan. HCP können ihren Patient_innen bei Verhaltensänderungen durch die folgenden Fragen beim Aufstellen eines Planes helfen:



- Was ist der erste Schritt in die richtige Richtung?
- Womit können Sie gleich heute anfangen?
- Was kommt danach?
- Wem berichten Sie von Ihrem Plan?
- Was könnte schief gehen und was machen Sie dann?
- Wie kann ich Sie dabei noch unterstützen?

Für die folgenden Übungen teilen Sie sich bitte in vier Gruppen auf. Die Ergebnisse präsentieren Sie im Webinar in der kommenden Woche.

12. Übung



Übung Gruppe 1:

Beobachten Sie drei Tage Gespräche in Ihrer Umgebung und achten Sie besonders darauf, wie Menschen reagieren, denen man ungebeten „einen guten Tipp“ gibt. Stellen Sie in einer kurzen Filmsequenz (Handyvideo) mindestens drei Reaktionen dar.

Übung Gruppe 2:

Recherchieren Sie nach dem Stichwort „Ja, aber –Spiel“ aus der Transaktionsanalyse. Entwerfen Sie einen kurzen Beitrag für das Webinar dazu, wie diese Art der Interaktion aufgebaut ist und wie Sie sie ändern können.

Übung Gruppe 3:

Recherchieren Sie zum Konzept MoVo (Motivations-Volitions-Konzept). Was sind Ihrer Meinung nach die Erfolgsfaktoren eines Konzeptes wie MoVo-LISA?

Übung Gruppe 4:

Entwickeln Sie (mindestens drei) Vorschläge, wie Sie in Ihrem Arbeitsbereich erreichte (Teil-)Ziele Ihrer Patient_innen sichtbar machen können und zelebrieren können. Nennen Sie dazu die jeweiligen (Teil-)Ziele für einen typischen Behandlungs-/Versorgungsprozess.

Vertiefung:



Der Suchttherapeut Klaus Rauscher hält einen Vortrag über Motivierende Gesprächsführung und beschreibt dabei auch viele hilfreiche Kommunikationstechniken. Seine Perspektive ist die des Beraters, der mit seinen Klient_innen Beratungsprozesse über viele Sitzungen durchführt. Die klinische Kommunikation mit Patient_innen findet in viel kürzeren Sequenzen statt, daher werden Sie die Technik als Ganzes nicht anwenden. Viele Elemente lassen sich aber durchaus nutzen. Viele Themen, die bislang in diesem Modul behandelt wurden, werden Sie hier auch wiederfinden. Daher ist das Video auch eine gute Wiederholung → [Motivierende Gesprächsführung](#) (23)

Zusammenfassung Kommunikationstechniken



Webinar: Ergebnispräsentation der Aufgabe aus Kapitel 2.10, Zusammenfassung der bisherigen Themen.

2.11 Kommunikation mit Dritten

Kommunikation mit Zugehörigen

In vielen Situationen kommunizieren HCP mit Angehörigen, Bekannten oder Betreuer_innen ihrer Patient_innen. Diese Personen werden im Folgenden als „Zugehörige“ zusammengefasst. Meist ist der Kontakt zu diesen Zugehörigen umso intensiver, je weniger der / die Patient_in in der Lage ist, wichtige Informationen mitzuteilen, eigene Entscheidungen zu treffen und die eigenen Interessen zu vertreten (objektiv oder nach der Einschätzung der Zugehörigen). Diese Situationen finden sich z.B. bei sedierten oder komatösen Patient_innen, bei Patient_innen mit schweren neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen, bei dementen Patient_innen, bei sehr alten Patient_innen oder bei Kindern.

Viele der bisher behandelten Kommunikationstechniken nutzen auch im Gespräch mit Zugehörigen. In diesem Modul fokussieren Sie auf die Rolle der Zugehörigen als stellvertretende Entscheider_innen in medizinischen Entscheidungen, für die eine Einwilligung nötig ist. Dabei geht es oft um den Beginn oder den Abbruch einer aktuellen oder zukünftigen Behandlung wie z. B. Antibiotikagabe bei Pneumonie, Reanimation ja oder nein etc.

Kommunikation mit stellvertretenden Entscheider_innen

Die Kommunikation mit stellvertretenden Entscheider_innen folgt ähnlichen Grundsätzen wie die mit den Patient_innen selber. Auch hier gilt es, den Mo-

mus zu klären, nach dem diese Entscheidungen getroffen werden soll. Die Rollen von HCP und stellvertretenden Entscheider_innen und ihre Beziehung zueinander im Entscheidungsprozess können wie in Kapitel 2.2 besprochen einem der vier Muster folgen:

- Paternalistisches Modell
- HCP als Agent
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Informierte Entscheidungsfindung

Wie auch in der HCP-Patient_innen Beziehung gilt auch in der Beziehung mit stellvertretenden Entscheider_innen, dass eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht und unterstützt werden sollte. Bevorzugen die stellvertretenden Entscheider_innen eine andere Form der Beziehung, sollten sich HCP auch auf diese einstellen können.

Curtis et al. (2009) schlagen am Beispiel der stellvertretenden Entscheidung bei nicht entscheidungsfähigen Patient_innen auf der Intensivstation ein dreistufiges Vorgehen vor:

1. Prognose und anstehende Entscheidung erklären
2. Bevorzugtes Modell der Entscheidungsfindung klären
3. Kommunikationsstrategie an das bevorzugte Entscheidungsmodell anpassen.

Der Grundsatz einer stellvertretenden Entscheidung sollte stets eine Entscheidung sein, die den Werten und Zielen der / des Patient_in folgt und nicht denen des / der stellvertretenden Entscheider_in. Es sollte so entschieden werden, wie der / die Patient_in entscheiden würde, wenn er / sie dazu in der Lage wäre. Dies erfordert einen Perspektivenwechsel der / des stellvertretenden Entscheiders / Entscheiderin weg von den eigenen Zielen und Werten hin zu denjenigen des / der Patient_in. Dies stellt für die meisten stellvertretenden

Entscheider_innen eine große Herausforderung dar und sollte von HCP bestmöglich unterstützt werden.

Nach Tunney und Ziegler (2015) nehmen stellvertretende Entscheider_innen im Laufe des Entscheidungsprozesses regelmäßig vier Perspektiven ein, die sie gegeneinander abwägen und die von verschiedenen Faktoren abhängig sind. Dies sind:

1. Die wohlwollend-sachliche Perspektive: Der / die Entscheider_in entscheidet sich für das, was anhand der vorliegenden Situation und der zu erwartenden Ergebnisse für die / den Patient_in „am besten“ ist – unabhängig von den Zielen und Werten des / der Patient_in oder der / des Entscheider_in
2. Die projizierende Perspektive: Die / der Entscheider_in entscheidet so, wie er / sie entscheiden würde, wäre er / sie in der Lage der / des Patient_in.
3. Die simulierte Perspektive: Die / der Entscheider_in entscheidet so, wie der / die Patient_in entscheiden würde, wenn er / sie dazu in der Lage wäre.
4. Die egozentrische Perspektive: Die / der Entscheider_in entscheidet so, dass das zu erwartende Ergebnis für ihn / sie selber am günstigsten wäre.

In der Kommunikation mit stellvertretenden Entscheider_innen können die folgenden Interventionen hilfreich sein:



1. Die Belastung durch die stellvertretende Entscheidung ansprechen und wertschätzen, z.B.

- „Es ist schwer, einen schwer kranken nahen Menschen zu haben.“
- „Es ist schwer, eine Entscheidung für jemand anderen treffen zu müssen.“

2. Die Reflexion über die vier Perspektiven durch Fragen anregen:

- „Wie würde die andere Person sich in dieser Situation entscheiden, wenn sie es könnte?“
- „Was denken Sie wäre das Beste für die andere Person?“
- „Wie würden Sie sich entscheiden, wenn Sie an seiner / ihrer Stelle wären?“
- „Was würde die Entscheidung für Sie selber bedeuten?“

3. Sie können auch die Belastung durch das Hin- und Hergerissensein zwischen den Perspektiven ansprechen.

4. Nach den Werten, Zielen und Wünschen der / des Patient_in fragen.

5. Betonen, dass im Sinne der / des Patient_in entschieden werden sollte.

6. Bei der Abwägung der verschiedenen Perspektiven immer betonen, dass im Sinne der / des Patienten zu handeln auch bedeuten kann, eine Entscheidung treffen zu müssen, die objektiv nicht die Beste ist und die der / die stellvertretende Entscheider_in für sich selber nie so treffen würde.

Stellvertretende Entscheidungsfindung für Kinder

Eine besondere Situation der stellvertretenden Entscheidungsfindung ist die Entscheidung für Kinder. Eine partizipative Entscheidungsfindung zwischen den Vertreter_innen der Kinder (i. d. Regel die Eltern) wird durch unterschiedliche Faktoren erschwert (Nickel-Schampier, 2017):

- Das Selbstbild, langfristige Wünsche und Ziele des Kindes sind (noch) nicht (vollständig) entwickelt.
- Kinder können häufig die Reichweite medizinischer Entscheidungen nicht beurteilen.
- Das Abwägen gegenwärtiger Wünsche gegen erwartete langfristige Konsequenzen fällt Kindern schwerer als Erwachsenen.

- Stellvertretende Entscheider_innen müssen abwägen, ob eine Entscheidung gegen den Willen des Kindes mögliche Schäden durch Frustration oder Hemmung der Entwicklung von Selbstbild und Selbstbewusstsein rechtfertigt.
- Eltern haben eine besonders hohe emotionale Anteilnahme.

Die Beratung von Eltern als stellvertretende Entscheider_innen für Kinder ist daher besonders komplex und sollte in schwerwiegenden Fällen durch Vertreter_innen unterschiedlicher Berufsgruppen erfolgen. Das können neben HCP auch Pädagog_innen, Sozialpädagog_innen, Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen etc. sein.

Vertiefung:

Tobias Nickel-Schampier: Konflikte stellvertretender Entscheidungen in der Pädiatrie. Beltz Juventa (als E-Book in der ASH Bibliothek).



Kommunikation mit Kostenträgern

Eine wichtige und oftmals als schwierig bezeichnete Kommunikation ist die zwischen HCP und den Mitarbeiter_innen von Kostenträgern (Krankenkassen, Unfallversicherungen, Rentenversicherungen). Darin geht es meist um die Kostenübernahme von Heil- und Hilfsmitteln.

In welchen Fällen welche Heil- und Hilfsmittel verordnet werden können und ob dafür ein Antrags- oder Genehmigungsverfahren notwendig ist, regeln die [Heilmittel-Richtlinie](#) (24) und der dazugehörige [Heilmittelkatalog](#) (25), in dem jeder Indikation die dafür verordnungsfähigen Heilmittel zugeordnet sind, die [Hilfsmittel-Richtlinie](#) (26) und das dazugehörige [Hilfsmittelverzeichnis](#) (27) des GKV-Spitzenverbandes. Einen Sonderfall stellt die [Rentenversicherung](#) (28) dar. Sie übernimmt nur die Kosten für Hilfsmittel zur Berufsausübung. Wenn HCP in die Kommunikation über die Kostenübernahme für Heil- und Hilfsmittel einbezogen sind, ist eine enge Orientierung an den o.g. Katalogen

/ Verzeichnissen empfehlenswert. Sie geben die wichtigsten Argumentationsketten wider. Eine Beantragung macht nur dann Sinn, wenn die dort genannte Indikation vorliegt. Dabei reicht das alleinige Nennen einer passenden Diagnose nicht aus, es muss auch beschrieben werden, was genau an Symptomatik und Krankheitsausprägung das verordnete Heil- oder Hilfsmittel erforderlich macht und wie es zu einer Verbesserung der Krankheitssituation beiträgt.

13. Übung

Austausch:

Starten Sie ein Forum und tragen Sie Ihre persönlichen Tipps und Kniffe in der Kommunikation mit Kostenträgern aus.



2.12 Kommunikation unter erschwerten Bedingungen

Schlechte Deutschkenntnisse

Gesundheitskompetenz hängt maßgeblich mit dem Wissen und dem Verständnis von gesundheitlichen Themen zusammen. Mangelnde oder fehlende Sprachkenntnisse sind eine große Barriere für das Aneignen von Informationen.

Die Kommunikation mit fremdsprachigen Patient_innen erfordert eine möglichst genaue Erfassung des deutschen Sprachniveaus, um in der Kommunikation die Instrumente einzusetzen, die ein größtmögliches Verständnis bewirken. Für die direkte Kommunikation gibt es folgende wichtige Hinweise:



- Nutzen Sie leichte oder einfache Sprache, aber Achtung: Vermeiden Sie Kindersprache oder unkonjugierte Verben.
- Sprechen Sie langsam und beobachten Sie ihr Gegenüber, an welchen Stellen ein Wort auf Unverständnis stößt.
- Nutzen Sie nonverbale Unterstützung: Hände und Füße, Zeichnungen.
- Wenn möglich nutzen Sie Informationen in der Muttersprache. Z.B.
 - ⇒ [Häufige Erkrankungen in mehreren Sprachen](#) (29)
 - ⇒ [Broschüre „Wege zur Psychotherapie“](#) (30) auf Türkisch und Englisch
 - ⇒ Einsatz von internationalen Anamnesebögen

Modelle der Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Bei sehr schlechtem Sprachniveau und / oder bei sensiblen Themen müssen ggf. Dolmetschende hinzugezogen werden. Die folgenden Modelle finden im Gesundheitswesen Anwendung:

Ad-hoc-Dolmetschende

Ad-hoc-Dolmetschende bzw. Laien- oder Gelegenheitsdolmetschende sind Personen mit ausreichenden Sprachkenntnissen in beiden Sprachen, die zu medizinischen Gesprächen spontan hinzugezogen werden. Dies sind häufig Angehörige oder Bekannte der Patient_innen oder mehrsprachliches Klinik- oder Praxispersonal (mit und ohne medizinische Ausbildung).

Geschultes bilinguales Personal

Mehrsprachliches Personal einer Einrichtung kann für Sprachmittlungsdienste geschult werden und dann als Dolmetschende hinzugezogen werden.

Community interpreting

Dolmetschen für Einzelpersonen oder Kleingruppen für Gespräche bei öffentlichen Einrichtungen (Behörden, Schulen, sozialen Einrichtungen im Gesundheitswesen).

Medizindolmetscher_innen

Qualifizierte Dolmetschende mit einer Hochschulausbildung oder einer staatlich anerkannten Prüfung.

14. Übung



Recherchieren Sie: Was sind die Vor- und Nachteile der beschriebenen Sprachmittlungs-Modelle? Nutzen Sie beispielsweise die Broschüre der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration: [Sprachmittlung im Gesundheitswesen](#) (31) - Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen (darin die Kapitel 3.4 und 3.5). Stellen Sie die jeweilige Vor- und Nachteile in einer Tabelle dar (E-Portfolio).



15. Übung:

Recherchieren Sie: Wie ist die Kostenübernahme von Dolmetschdiensten in Ihrer Einrichtung geregelt? Ergänzen Sie diese Information in Ihrer Tabelle.

Hör-, Sprach-, Sprechstörungen, Demenz



Verschiedene Erkrankungen können dazu führen, dass Sprachverständnis und Sprachfähigkeit eingeschränkt sind. In diesen Fällen gilt es, neue Wege der Kommunikation zu finden, die von den Patient_innen besser verstanden werden. Lesen Sie dazu den Artikel „Unterstützte Kommunikation in der neurologischen Rehabilitation“ von Berthold Gröne (neuroreha 2017; 9: 72–77, als E-Paper in der ASH-Bibliothek erhältlich).

Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und unangemessenem Verhalten

Im klinischen Alltag werden Sie mit dem gesamten Spektrum menschlichen Verhaltens konfrontiert. In der Regel verhalten Menschen sich angemessen, höflich und respektvoll – weil sie sich grundsätzlich so verhalten oder / und weil sie an einem guten Verhältnis mit ihrem / ihrer HCP interessiert sind. Trotzdem wird es nicht ausbleiben, dass Sie unangemessenes Verhalten von Patient_innen, Angehörigen oder Kolleg_innen erleben. Ein bewusster und professioneller Umgang damit hilft, Eskalationen zu vermeiden und die eigene psychische Gesundheit zu schonen.

Unangemessenes Verhalten ist vielfältig und wird unterschiedlich wahrgenommen. Das Spektrum bewegt sich von z.B. sexualisierten oder rassistischen „Witzchen“ („na, was machen wir zwei Hübschen denn heute?“) und Andeutungen („ich weiß ja nicht, wie man das bei Ihnen zu Hause so macht“), über Beleidigungen, Bloßstellungen und Herabsetzungen, verbale Gewalt wie Schreien oder Drohen bis hin zu körperlicher Gewalt.



Im Umgang mit unangemessenem Verhalten gibt es zwei wichtige Regeln:

1. Selbstschutz beachten
2. Das Verhalten so früh wie möglich stoppen

Die folgenden Anregungen können Ihnen und Ihrem Team helfen, professionell und einheitlich mit unangemessenem Verhalten umzugehen:

Einigkeit im Team herstellen

Mit unangemessenem Verhalten werden Sie häufig konfrontiert, wenn keine anderen Personen in der Nähe sind und Sie sich nicht austauschen können, wie Sie sich verhalten sollen. Es kann zu Zweifeln kommen, ob ein Verhalten unangemessen ist, was Sie noch „durchgehen“ lassen, ab wann Sie eingreifen. Diese Unsicherheiten verhindern häufig ein zeitnahes, angemessenes und professionelles Verhalten. Daher ist es hilfreich, im Team zu diskutieren:

- Was hält jede_r Einzelne für unangemessen?
- Ab wann greifen Sie ein?
- Auf welche Regeln einigen Sie sich im Team?

In der aktuellen Situation aktiv werden

Wenn Sie unangemessenes Verhalten wahrnehmen, stoppen Sie dieses aktiv und unmittelbar. Passives Verhalten, Weghören, Ignorieren wird das Verhalten in der Regel nicht ändern. Wenn Sie einen Spruch nicht witzig finden, lachen Sie nicht mit – auch nicht aus Höflichkeit! Daher: Kommunizieren Sie, dass Sie unangemessenes Verhalten wahrgenommen haben und dieses klar zurückweisen. Z.B. „Wir beurteilen hier auf der Station niemanden nach seiner Hautfarbe. Bitte unterlassen Sie Aussagen in eine derartige Richtung.“ Es hilft, sich ein paar gute Konter im Team zu überlegen, die Sie in der akuten Situation nutzen können.

Im Team klären, welche Konsequenzen wiederholtes unangemessenes Verhalten haben wird

Wenn Menschen ein unangemessenes Verhalten trotz Hinweisen nicht ändern, muss dies Konsequenzen haben. Welche dies sein können, sollten Sie im Team und in der Einrichtung einheitlich gestalten und konsequent durchführen. Dies gibt die Sicherheit, negative Konsequenzen eines Verhaltens in Aussicht stellen zu können, die im Ernstfall auch eintreten.

Achtung: Bevor Sie mit Zurückweisung und Androhung von Konsequenzen auf unangemessenes Verhalten reagieren, stellen Sie sicher, dass dieses Verhalten nicht Symptom einer zu behandelnden Erkrankung ist, wie beispielsweise das Tourette-Syndrom, Demenz oder Manie.

**16. Übung:**

Finden Sie sich in Zweiergruppen zusammen. Entwickeln und filmen Sie einen kurzen Dialog zwischen einer / einem HCP und einer / einem Patient_in, der / die sich unangemessen verhält. Stellen Sie in dem Film dar, wie der / die HCP darauf professionell reagiert. Bauen Sie die folgende Aussage der / des Patient_in ein: „... na jetzt legen Sie mal nicht jedes Wort auf die Goldwaage. Man wird ja wohl noch einen Scherz machen dürfen / eine Frage stellen dürfen / seine Meinung sagen dürfen“. Reagieren Sie darauf.

2.13 Medizin Online

Informationen im Internet bewerten

Das Internet bietet Patient_innen eine große Chance, niedrigschwellig Gesundheitsinformationen zu erhalten. Zu einer guten Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 2.7) gehört neben dem Auffinden passender Informationen zusätzlich die Bewertung dieser Informationen. Dabei sollten Patient_innen bewerten, ob die von ihnen aufgefundenen Informationen

- für sie relevant
 - vollständig
 - korrekt
 - neutral
 - aktuell
- sind.

Da es keine zentrale systematische Qualitätskontrolle von im Internet veröffentlichten Gesundheitsinformationen gibt, liegt die Aufgabe dieser Bewertung beim / bei der Internetnutzer_in. HCP können ihre Patient_innen dabei unterstützen, indem sie ihnen Webseiten empfehlen und ihnen Bewertungskriterien vermitteln, nach denen sie die Qualität von Webseiten beurteilen können. Das [Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin](#) (32) (ÄZQ) bietet dazu eine [Checkliste](#) (33) zur Bewertung medizinischer Informationen im Internet. Ähnliche Informationen sind auch [hier](#) (34) zu finden.

Auch wenn diese Bewertungsseiten alle Patient_innen erreichen sollen, so überfordern ihre Sprache und ihr Umfang viele Menschen.



17. Übung:

Entwerfen Sie eine Checkliste in einfacher Sprache mit höchstens fünf einfachen Tipps zur Beurteilung medizinischer Informationen im Internet. Die Checkliste soll für möglichst viele Ihrer Patient_innen nutzbar sein.

Schritt 1 (Einzelarbeit) Wählen Sie aus den Hinweisen des ÄZQ die wichtigsten Informationen aus, fassen Sie diese Informationen zu maximal fünf Gruppen zusammen und formulieren diese Aussagen in einfacher Sprache. Veröffentlichend Sie die Checklisten in Ihrem E-Portfolio.

Schritt 2 (Einzelarbeit): Lesen Sie alle Checklisten Ihrer Kommiliton_innen und modifizieren Sie ihre eigene Checkliste ggf. anhand der Ideen der anderen. Vergleichen Sie Ihre erste mit Ihrer zweiten Version.

Schritt 3 (Einzelarbeit): Verfassen Sie eine kurze Begründung Ihrer ersten Auswahl an Tipps und der Gründe für Ihre Modifikationen.



Was empfehlen Sie Ihren Patient_innen?

Es gibt in Deutschland einige Organisationen, die als neutral und vertrauenswürdig gelten. Das sind z.B.

- Die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Die unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)



18. Übung:

Recherchieren Sie nach weiteren vertrauenswürdigen Quellen. Dies können allgemeine Informationsseiten und auch fachspezifische Seiten sein. Erstellen

Sie eine Liste mit Ihren Favoriten im Netz und erläutern Sie zu jedem Link kurz, was auf dieser Seite zu finden ist.

**19. Übung:**

Zu welchen häufigen Fragen Ihrer Patient_innen finden Sie im Internet keine befriedigende Antwort?

**20. Übung:**

Erstellen Sie eine Liste mit den qualitativ hochwertigen Internetangeboten aus Ihrem Fachgebiet. Bewerten sie diese Angebote nach der Checkliste des ÄZQ. Bereiten sie einen Inputvortrag vor, in dem Sie eine Webseite entsprechend der Kriterien bewerten.

Digitale Patientenakte**Datensicherheit**

Diese beiden Themen müssen aktuell kurz vor Modulbeginn erstellt werden. Derzeit ist nicht abzusehen, wie der Stand der digitalen Patient_innenakte zu Modulbeginn sein wird und auch das Thema Datensicherheit wird kontrovers diskutiert. Der Stand Anfang 2018 im Modul A3 im Herbst 2019 darzustellen ist nicht sinnvoll.

3. Zusammenfassung

Eine wichtige Herausforderung in der Versorgung multimorbider und / oder chronisch kranker Patient_innen ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und die Unterstützung des Selbstmanagements. Professionelle Patient_innenkommunikation ist ein zentrales Instrument für diese Aufgabe und muss von allen HCP beherrscht werden. Das Modul A3 liefert einen Überblick über Kommunikationstechniken und –kanäle, die im klinischen Alltag nutzbar sind und berufsgruppenübergreifend angewendet werden können. Sie greifen an unterschiedlichen Ansatzpunkten an, die wichtigsten sind Motivation, Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz.

4. Lernziele

Die Studierenden erhalten ein theoretisches und wissenschaftliches Wissen über die psychologischen Mechanismen, die Selbstmanagementfähigkeiten von Patient_innen unterstützen. Sie erfahren, wie die Beziehung zwischen HCP und Patient_innen und patientenorientierte Kommunikation dazu beitragen, die Bedürfnisse und Ziele der Patient_innen zu erkennen und nach diesen zu handeln. Die Studierenden kennen die verschiedenen Varianten der HCP-Patient_innenbeziehung und können sie bewusst und situationsspezifisch gestalten. Sie können die wichtigsten Kommunikationstechniken in der täglichen Interaktion mit Patient_innen einsetzen, um die verschiedenen Aspekte des Selbstmanagements unterstützen. Dazu gehören die partizipative Zielentwicklung und motivationsunterstützende Kommunikation, ebenso wie die Kommunikation unter erschwerten Bedingungen.

Studierende lernen, wie Patient_innen durch effektive und zielgruppenspezifische Informationen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung befähigt werden. Dazu gehört auch die Unterstützung der Patient_innen dabei, Informationen

aus analogen und digitalen Medien zu bewerten und zu nutzen sowie Unterstützungsangebote des Gesundheitswesens zu kennen und in Anspruch zu nehmen.

Schließlich lernen die Studierenden die besonderen Aspekte der Kommunikation mit Angehörigen und Institutionen kennen.

5. Ausblick

Das Modul A3 bietet theoretisches Wissen und Praxisanleitungen auf dem Weg zur professionellen Kommunikation. Die Herausforderung für die Studierenden wird es sein, diese Techniken (wie alle andere medizinische Interventionen auch) in ihrer klinischen Tätigkeit spezifisch und indikationsbezogen anzuwenden und ihre Wirksamkeit zu prüfen. Daher ist mit diesem Modul nur eine Grundlage geschaffen. Sicherheit und Professionalität im Umgang mit diesen Techniken entstehen nur durch Übung und Reflektion. Daher empfehlen wir allen Studierenden, sie z.B. durch praktische Kommunikationstrainings zu verbessern und in Fallbesprechungen auch den Einsatz von Kommunikation und deren Wirkung zu besprechen.

Literaturverzeichnis

Zeitschriftenartikel

- Boeckxstaens, P., Willems, S., Lanssens, M., Decuypere, C., Brusselle, G., Kühlein, T., De Maeseneer, J., De Sutter, A. (2016). A qualitative interpretation of challenges associated with helping patients with multiple chronic diseases identify their goals. In: *Journal of Comorbidity*, 6 (2), S. 120-126.
- Charles, C., A. Gafni, T. Whelan. (1999). Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine*, 49 (5), S. 651-661.
- Chi, W.C., Wolff, J., Greer, R., Dy, S. (2017). Multimorbidity and Decision-Making Preferences Among Older Adults. In: *The Annals of Family Medicine*, 15 (6), S. 546-551.
- Curtis, J.R. & White D.B. (2008). Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. In: *Chest*, 134 (4), S. 835–843.
- Cushing, A. & Metcalfe, R. (2007). Optimizing medicines management: From compliance to concordance. In: *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3 (6), S. 1047–1058.
- de Haes, H. & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. In: *Patient Education and Counseling*, 74 (3), S. 287-294.
- Eckert, T. & Göhner, W. (2015). Adhärenz an bewegungstherapeutische Maßnahmen. In: *neuroreha*, 07(04), S. 168-173.
- Finney Rutten, L.J., Hesse, B.W., St. Sauver, J.L., Wilson, P., Chawla, N., Hartigan, D.B., Moser, R.P., Taplin, S., Glasgow, R., Arora, N.K. (2016) Health Self-Efficacy Among Populations with Multiple Chronic Conditions: the Value of Patient-Centered Communication. In: *Advances in Therapy*, 33 (8), S.1440-1451.

- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R.M., Berry, D.L., Bohlke, K., Epstein, R.M., et al. (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. In: *Journal of Clinical Oncology*, 35 (31), S. 3618-3632.
- Haslbeck, J.W. & Schaeffer, D. (2011). Selbstverantwortung im Gesundheitswesen, diskutiert am Medikamentenmanagement aus Sicht chronisch kranker Patienten. In: *Gesundheitswesen*, 73 (3), S. e44 – e50. DOI: 10.1055/s-0030-1247539.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., et al. (2002) Interventions for helping patients to follow prescriptions for medication. In: *Cochrane Library Summary article in JAMA*, 288, S. 2868–2879.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., et al. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. In: *Academic Medicine*, 86 (3), S. 359-364
- Lenzen, S.A., Daniels, R., van Bokhoven, M.A., van der Weijden, T. & Beurskens, A. (2017).. Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. In: *PLoS ONE*, 12 (11). DOI: 10.1371/journal.pone.0188822.
- Leventhal, H., Phillips, L.A. & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. In: *Journal of Behavioral Medicine*, 39 (6), S. 935-946.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., Thisted, R.A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. In: *Journal of General Internal Medicine*, 20 (6), S. 531-535.
- LoCurto, J. & Berg G.M. (2016). Trust in healthcare settings: Scale development, methods, and preliminary determinants. In: *SAGE Open Medicine*, 4. DOI: 10.1177/2050312116664224.

- Losin, E.A.R., Anderson, S.R. & Wager T.D. (2017). Feelings of Clinician-Patient Similarity and Trust Influence Pain: Evidence From Simulated Clinical Interactions. In: *Journal of Pain*, 18 (7), S. 787-799. DOI: 10.1016/j.jpain.2017.02.428.
- Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. In: *Social Science & Medicine*, 51 (7), S. 1087-1110.
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., Edelhäuser, F. (2012). Ärztliche Empathie: Definition, Outcome-Relevanz und Messung in der Patientenversorgung und medizinischen Ausbildung. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29 (1), Doc11.
- Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G., Campbell, R. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. In: *Social Science & Medicine*, 61 (1), S. 133-155.
- Slatore, C. G., Cecere, L. M., Reinke, L. F., et al. (2010). Patient-clinician communication: Associations with important health outcomes among veterans with COPD. In: *Chest*, 138 (3), S. 628-634.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonkska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health*, 12 (80). DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Steckelberg, A. (2016). Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. In: *Pflege*, 29 (5), S. 225-226.
- Stevens, A., Köke, A., van der Weijden, T., Beurskens, A. (2017). Ready for goal setting? Process evaluation of a patient-specific goal-setting method in physiotherapy. In: *BMC Health Services Research*, 17:618. DOI: 10.1186/s12913-017-2557-9

- Thomas, S., Scheffler, B., Elsner & B., Mehrholz, J. (2016). Testverfahren in der neurologischen Physio- und Ergotherapie. In: *neuroreha*, 08 (02), S. 76-85.
- Tunney, R.J. & Ziegler, F.V. (2015). Toward a psychology of surrogate decision-making. In: *Perspectives on Psychological Science*, 10 (6), S. 880-885.
- Willis, J. & Todorov, A. (2006). First impressions: making up your mind after a 100-ms exposure to a face. In: *Psychological Science*, 17 (7), S. 592-598.

Bücher

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Nickel-Schampier, T. (2017). Konflikte stellvertretender Entscheidungen in der Pädiatrie. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Scheibler, F. (2004). Shared Decision-Making: Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wiswede, G. (1977). Rollentheorie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Herausgeberwerke:

- Böcken, J., Braun, B. & Meierjürgen R. (Hrsg.) (2014). Gesundheitsmonitor 2014, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Böcken, J., Braun, B. & Schnee, M. (Hrsg.) (2004). Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Verlag.
- Coulter, A. & Magee, H. (Hrsg.) (2003). The European Patient of the Future. Maidenhead: Open University Press.

- Hoefert, H.W. & Klotter, C. (Hrsg.) (2011). Wandel der Patientenrolle – neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schmacke, N., Richter, P. & Stamer, M. (Hrsg.) (2016). Der schwierige Weg zur Partizipation: Kommunikation in der ärztlichen Praxis. Bern: Hogrefe Verlag.

Beiträge in Herausgeberwerken

- Collins, C. & Rochfort, A. (2016). Promoting Self-Management and Patient Empowerment in Primary Care. In Capelli, O. (Hrsg.), *Primary Care in Practice - Integration is Needed* (Chapter 2). InTech.
- Prochaska, J.O., Redding, C. & Evers, K. (1997). The Transtheoretical Model of behaviour change. In Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (Hrsg.), *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice* (S. 60-84). San Francisco: Jossey-Bass.

Online:

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2017). Leichte Sprache – ein Ratgeber. Zugriff am 11.01.2018. Verfügbar unter <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a752-leichte-sprache-ratgeber.html>
- Epstein, R.M. & Street, R.L. Jr. (2007). Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Zugriff am 04.01.2018. Verfügbar unter https://healthcaresdelivery.cancer.gov/pcc/pcc_monograph.pdf
- Grötzbach, H. (2012). Rehabilitationsziele definieren: Anspruch und Wirklichkeit. Zugriff am 11.01.2018. Verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/REF_Praesentationen/BuKo_Holger_Groetzbach_Rehabilitationsziele.pdf
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.) (2013). Zum Ausfüllen: eine Entscheidungshilfe. Zugriff am

06.12.2017. Verfügbar unter <https://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.2221.de.html>

- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2009). Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions about Prescribed Medicines and Supporting Adherence. London. Zugriff am 06.12.2017. Verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. & Hurrelmann, K. (2016). GESUNDHEITSKOMPETENZ der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. DOI: 10.2390/0070-pub-29088450
- Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E., Horn, A., Schaeffer, D. (2017). GESUNDHEITSKOMPETENZ - Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Zugriff am 04.01.2018. Verfügbar unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material- und Methodensammlung.pdf>
- World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Zugriff am 11.01.2018. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organization (WHO) (2003). Adherence to long term therapies: evidence for action [Electronic version]. Geneva: World Health Organization. Zugriff am 06.12.2017. Verfügbar unter http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

Linkverzeichnis

Nu- mm- e- rie- run- g	Bezeich- nung, Ti- tel	Urheber_in, Herausge- ber_in	URL	Zuletzt einge- sehen
1	Ottawa- Charta	Weltge- sundheitsor- ganisation	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf	06.03.2 018
2	Adher- ence to long- term therapies	Weltge- sundheitsor- ganisation	http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/	13.03.2 018
3	Arzt-Pa- tienten- Kommuni- kation: Adhärenz im Praxisall- tag effek- tiv för- dern	Maria See- hausen & Patricia Hänel	https://www.aerzteblatt.de/archiv/111070/Arzt-Patienten-Kommunikation-Adhaerenz-im-Praxisalltag-effektiv-foerdern	13.03.2 018
4	Die 6 Stufen der Ver- haltens- ände- rung	v SVESH - be the change! Bei Youtube	https://www.youtube.com/watch?v=zjVHH-9U_ho	06.03.2 018

5	Trans-Theoretical Model of Behaviour Change	Nathan Smith bei YouTube	https://www.youtube.com/watch?v=O80XyBDri0	06.03.2018
6	Trans-theoretical Model	Steven Chen bei YouTube	https://www.youtube.com/watch?v=IwxyE--AjU	06.03.2018
7	Fragebogen zur Krankheitswahrnehmung	Universität Bergen	http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-German.pdf	06.03.2018
8	Essener Fragebogens zur Krankheitsbewältigung	PSY-CHOMETRIKON – psychologisch-medizinisches Testportal	https://www.researchgate.net/publication/292616530_EFK_-_Essener_Fragebogen_zur_Krankheitsverarbeitung_-_Testmanual_Psychometrikon	06.03.2018
9	gesundheitsinformation.de	IQWiG	https://www.gesundheitsinformation.de/	06.03.2018
10	Entscheidungshilfe	IQWiG	https://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.2221.de.html	06.03.2018

11	Decision Guide – Example Video	The Ottawa Hospital	https://decision-aid.ohri.ca/opdg_video.html	06.03.2 018
12	Ergebnisbericht GE-SUNDHEITSKOMPE- TENZ	Universität Bielefeld	http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf	06.03.2 018
13	Gesundheitskompetenz – Die Fakten	Ilona Kickbusch, Jürgen Pelikan, Jörg Haslbeck, Franklin Apfel und Agis D. Tsouros	https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf	13.03.2 018
14	Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz	Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K.	http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf	13.03.2 018
15	Wörterbuch für leichte Sprache	Hep Hep Hurra GbR	https://hurraki.de/wiki/Hauptseite	06.03.2 018
16	Leichte Sprache – Ein Ratgeber	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?__blob=publicationFile	06.03.2 018

17	GE-SUNDHEITS-KOMPETENZ - Verständlich informieren und beraten.	Universität Bielefeld	http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf	06.03.2018
18	Teach-back Technik	Unity Point Health; Des Moines University; The Picker Institute; Health Literacy Iowa	http://www.teachbacktraining.org/	06.03.2018
19	Präsentation - Rehabilitationsziele	Holger Grötzbach	https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/REF_Praesentationen/BuKo_Holger_Groetzbach_Rehabilitationsziele.pdf	06.03.2018
20	EQ-5D	EuroQol Research Foundation	https://euroqol.org/	06.03.2018
21	Goal Attainment Scaling	Universität Bielefeld	https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/GAS_Leitfaden.pdf	13.03.2018
22	Nakos		www.nakos.de	13.03.2018

23	Motivierende Gesprächsführung	BildungsTV bei YouTube	https://www.youtube.com/watch?v=1CCxOFgiT2k	06.03.2 018
24	Heilmittel-Richtlinien	Gemeinsamer Bundesausschuss	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/	13.03.2 018
25	Heilmittelkatalog	Gemeinsamer Bundesausschuss	https://www.g-ba.de/downloads/1798-4452/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01_Heilmittelkatalog.pdf	13.03.2 018
26	Hilfsmittel-Richtlinie	Gemeinsamer Bundesausschuss	https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/	13.03.2 018
27	Hilfsmittelverzeichnis	GKV-Spitzenverband	https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action	13.03.2 018
28	Informationen zur Kostenübernahme für Hilfsmittel	Deutsche Rentenversicherung	https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/_pdf/G0132.pdf?__blob=publicationFile&v=5	13.03.2 018
29	Gesundheitsthemen im Internet - Linksammlung	Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung	https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/quellen-und-methodik/gesundheitsthemen-im-internet-linksammlung	06.03.2 018

30	Bro- schüre „Wege zur Psy- chothe- rapie“	Bundes Psy- chothera- peuten Kammer	http://www.bptk.de/publikationen/patientenratgeber.html	06.03.2 018
31	Sprach- mittlung im Ge- sund- heitswe- sen	Beauftragte der Bundes- regierung für Migration, Flüchtlinge und Integra- tion	https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Sprachmittlung%20im%20Gesundheitswesen.html?nn=670290	06.03.2 018
32	Ärztli- ches Zentrum für Quali- tät in der Medizin	Bundesärz- tekammer und Kassen- ärztliche Bundesver- einigung	http://www.aezq.de/	06.03.2 018
33	Qualität von Ge- sund- heitsin- formatio- nen im Internet	Bundesärz- tekammer und Kassen- ärztliche Bundesver- einigung	https://www.patienten-information.de/checklisten/qualitaet-von-gesundheitsinformationen	06.03.2 018
34	Gesund- heitsthe- men im Internet - Über- blick	Bundesärz- tekammer und Kassen- ärztliche bundesver- einigung	https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/gesundheit-allgemein/gesundheits-themen-im-internet	06.03.2 018

Glossar

A

Adherence

Der Grad, in dem sich Patient_innen an die zwischen ihnen und ihren Behandler_innen vereinbarten Maßnahmen halten.

Ask-Tell-Ask-Technik

(= Frage – Info – Frage) Eine Gesprächstechnik, um eine aktive Rolle des / der Patient_in zu provozieren.

E

Evidenzbasiert Medizin

(EbM = beweisgestützte Medizin) Diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgen auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewerteter wissenschaftlicher Erkenntnisse.

H

Health Literacy

(Im Deutschen auch Gesundheitskompetenz genannt) Basiert auf allgemeiner Lese- und Verständnisfähigkeit. Sie umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden.

I

Interpersonell

(Auch zwischenmenschlich) Ereignisse, Zustände, Prozesse, die zwischen Menschen stattfinden (in Abgrenzung zu Ereignissen, die nur im Eigenleben einer Person stattfinden).

Interprofessionell

Die Beteiligten haben unterschiedliche berufliche Hintergründe und Qualifizierungswege, sind aber gefordert, gemeinsam mit einer Situation umzugehen und miteinander zu interagieren, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen.

Intrapsychisch

Innerhalb der Psyche ablaufend, ohne Interaktion mit anderen Personen.

M

Multiprofessionell

Angehörige verschiedener Berufe sind an demselben Prozess beteiligt. Interaktionen oder Zusammenarbeit zwischen den Professionen sind keine Voraussetzung.

N

non-verbale Kommunikation

Bezeichnung für zwischenmenschliche Kommunikation, die nichtsprachlich erfolgt. Sie kann absichtlich (intentionell) oder unabsichtlich erfolgen.

P

Patientenzentrierte Kommunikation

Die Bedürfnisse, Werte und Prioritäten der / des Patient_in stehen im Vordergrund der Behandlung.

Psychosozial

Ereignisse, Faktoren, Zustände, die die Psyche und das Sozialverhalten (die soziale Interaktion) gleichermaßen betreffend

S

Selbstmanagement-Fähigkeiten

Fähigkeiten, die nötig sind, um selbstbestimmte Gesundheit und Krankheit zu managen. Dazu gehören: Gesundheitsentscheidungen treffen, Selbstmonitoring durchführen, Probleme eigenständig angehen und lösen, Therapien und Verhaltensänderungen selbstbestimmt durchführen.

Somatisch

Somatisch bedeutet, dass sich etwas auf den Körper bezieht und wird vor allem in der medizinischen Fachsprache gebraucht, um körperliche oder organische von psychischen Krankheiten und sog. funktionellen Beschwerden abzugrenzen.



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul A4:
Kommunikation und Selbstsorge

Impressum

Modulentwicklung:

Barbara Pulfer

(Überarbeitet von Linda Geppert 01/2020)

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

1.	Willkommen zur Selbstsorge.....	3
2.	Das gute Leben.....	5
2.1	Einlassungen der Philosophie	6
2.2	Selbstsorge als Begriff	7
2.2.1	Selbstsorge in der Pflegewissenschaft.....	10
2.3	Glück.....	12
2.4	Sinn.....	21
2.5	Resilienz.....	24
3.	Das stressige, verbrennende Leben	26
4.	Die Adlerperspektive	30
5.	Die Büffelperspektive	31
6.	Die Mäuseperspektive	39
6.1	Mein Haus und meine Dinge.....	45
6.2	Meine Zeit	56
6.3	Mein Körper	70
6.4	Meine Gefühle.....	80
6.5	Meine Gedanken, mein Geist	84
6.6	Meine Seele	93
6.7	Ich? Wir!.....	98
7.	Abschluss und Ausblick.....	104
8.	Linkverzeichnis.....	105
9.	Literaturverzeichnis.....	131

1. Willkommen zur Selbstsorge

Im Modulbereich der Kommunikationsmodule sind Sie im Themengebiet der Selbstsorge angelangt. Sie fragen sich, was Selbstsorge in diesem Modul zu suchen hat? Es geht um Ihre Kommunikation mit sich selbst. Dienlich sein soll dieser Dialog Ihrem persönlichen Wohlempfinden. Stressbelastung und Burn-out sollen allgemein erarbeitet werden und das Thema dahingehend vertieft werden, einen spezifischeren Blick (im Kapitel der Adler- und Büffelperspektive) darauf zu lenken, wie es um das Wohlempfinden Ihrer Studierenden-gruppe steht. Als Studienjahrgang setzt sich aus Menschen unserer Gesellschaft zusammen, die in sozialen Berufen arbeiten, studieren und hier noch expliziter: einen online Studiengang absolvieren. Auch wenn Ihnen besonders in der Einleitung Themenbereiche vorgestellt werden, welche allgemeiner Natur sind, ist in diesem Modul der individuelle Dialog betont, den nur Sie mit sich führen können. Die Selbstsorge wird ernst genommen in dem Sinne, dass praktische Erfahrungen das wertvollste Gut sein sollen, mit welchem Sie hoffentlich gestärkt aus dem Modul hervorgehen können. Da Ihr Wohlergehen zudem einen Einfluss auf die Qualität Ihrer Arbeit mit Menschen hat, bleibt es im Ergebnis nicht allein Ihre Privatsache, ob Sie sich auch um sich selbst sorgen; in der Art und Weise wie jedoch schon, weshalb vieles im Modul nicht als Vorgaben, sondern als Anregung zu verstehen ist.

Aus einer anderen Kultur und Zeit stammt diese, Ihnen vielleicht vertraute Anekdote:

Eine Mutter brachte, so erzählt man sich, ihren kleinen Sohn zu Mahatma Gandhi und bat: „Sage ihm, er soll aufhören, Zucker zu essen.“ Gandhi schickte die Frau weg und bat sie, in zwei Wochen wiederzukommen. Er schaute dann dem Kleinen fest in die Augen und sagte: „Hör auf, Zucker zu essen.“ Dankbar, aber ziemlich verwundert fragte die Mutter: „Warum musste ich darauf zwei Wochen warten?“ „Vor zwei Wochen“, antwortete Gandhi, „habe ich selbst noch Zucker gegessen.“

Weshalb wird Ihnen diese kurze Erzählung geschildert?

Es sind darin mehrere Botschaften, die für die Einleitung zum Thema Selbstsorge wichtig sind: Wer nicht für sich sorgt, kann dies nicht glaubwürdig und nachhaltig für andere tun. Ratschläge sind heikel, die Wirkung ist fraglich (passenderweise werden Sie sich in Ihrem Studium erst nach der Selbstsorge dem Thema der Beratung widmen). Auch in Ihrem Berufsleben agieren Sie in einer Vorbildfunktion. In jedem Vorschlag, in jeder Weisheit zur Selbstsorge steckt zudem oft besonders auf den ersten und letzten Blick eine gewisse Einfachheit. „Hör‘ auf, Zucker zu essen“. Gerade die Einfachheit birgt die Gefahr, als solche belächelt und abgetan zu werden und damit den Ratschlag abzutun. Weitere Abwehrmechanismen, wenn es um (vermeintlich einfache) Verhaltensänderung geht, sind vielzählig. Vielleicht wird eine Ablehnung verpackt im Zynismus, dem Intellektualisieren oder der Ironie. Nicht zuletzt liegen viele Menschen vermeintlich falschen Glaubenssätzen zum Beispiel darüber auf, was Menschen glücklich macht (mehr dazu im Kapitel über Glück). Abstand nehmen zu der Thematik des Wohlergehens durch eine Zuweisung von Etiketten wie Esoterik, Wohlfühlgetue, nervige Selbstoptimierung, oder einem Gefühl von „dafür habe ich nicht auch noch Zeit“ können weitere Ausflüchte sein, den Bereich nicht in die eigene Nähe kommen zu lassen. Vielleicht ist der Gedanke angstbesetzt, zu überlegen: Was wäre, wenn mit dem Sich-Kümmern auch Konsequenzen der Lebensführung einhergehen. Ein weiterer Aspekt der Ghandi-Geschichte liegt darin, dass die Mutter wusste (oder dachte zu wissen), was für ihren Sohn gut ist, aber sich nicht in der Lage sah, ihm dies selber mitzuteilen, oder aber auch, ihre Aufforderungen weniger Zucker zu essen ungehört blieben. Genau darin besteht eine Gefahr: dieses Modul soll Ihnen keine Lebensvorschriften machen, es soll weder besserwissend, noch moralisierend sein, da dies nicht nur bei dem Jungen gut ankommt. Ghandi hat damit überzeugt, dass er selber einen gewissen Lebensstil eingeschlagen hat. In der Anekdote kann man davon ausgehen, dass Ghandi dem Jungen imponiert hat. Vielleicht gab das dem Kind die Kraft, keinen Zucker mehr zu essen. Die Entscheidung das zu wollen, muss zu guter Letzt bei dem Kind selber gelegen haben, um nachhaltig wirksam zu sein. Damit Sie sich als Studierende nicht wie ein möglicherweise unfreiwillig von der Mutter zu

Ghandi geschlepptes Kind fühlen, gibt es neben den Inhalten im Studienbegleitheft Vorschläge und Anregungen, die dazu gedacht sind, von Ihnen erweitert, ergänzt, angewendet oder widersprochen zu werden. Ich gehe davon aus, dass Ihr professionelles Wissen aus dem Gesundheitswesen wertvolle Erweiterungen darstellen. Zudem ist jede*r Spezialist*in darin, herauszufinden, was der eigenen Selbstsorge guttut. Die Zusammenstellung des Moduls und die Auswahl, die hier getroffen wurde, sind zudem eine individuelle Herangehensweise mit der Einladung an Sie, diese für sich selbst optimal zu nutzen und zu ergänzen. Zuletzt möchten wir Ihnen mit der Ghandi Geschichte einen Vorgeschmack darauf geben, dass Sie Ihre Lehre in diesem Modul auch aus kleinen Geschichten entfernter Zeit ziehen dürfen. Fühlen Sie sich eingeladen, in den kommenden Wochen weder ausschließlich mit aktueller Gesundheitswissenschaft noch rein kognitiv auseinanderzusetzen.

Das Leichte ist richtig.

Beginne richtig, und es ist leicht.

Fahre leicht fort, und es ist richtig.

Der richtige Weg, das Leichte zu finden, ist den richtigen Weg zu vergessen und zu vergessen, dass er leicht ist.

Dschuang- Tsu

(Küstenmacher & Seiwert, 2003, S. 5)

2. Das gute Leben

Sie sind eingeladen, sich Gedanken dazu zu machen, was das ist, was Sie mit dem eingangs genannten Selbstdialog erreichen oder bestenfalls erhalten und verbessern wollen. Grundsätzlich bewegen wir uns in der unmittelbaren Nähe des Konzeptes der **Salutogenese**: ich gehe davon aus, dass Sie dieses Verständnis zum Thema Gesundheit aus anderen Kontexten kennen. Falls nein, eignen Sie sich bitte selbständig ein Basiswissen dazu an oder frischen es auf. Hier geht es nun um die, zugegebenermaßen große Frage, was Wohlbefinden, Wohlergehen oder auch das gute Leben ausmacht. Ich formuliere

schwammig, da sich Ihr, berufsbedingt von Gesundheit geprägter Blick, an dieser Stelle etwas weiten soll.

2.1 Einlassungen der Philosophie

Der Begriff der Selbstsorge seinen Ursprung in der Philosophie bei Sokrates, auf welchem wiederum Foucault (dazu später) seine Einlassung aufbaut. Laut Gregory (2016) beschäftigen sich die meisten philosophischen Texte und Gedanken mit der Überlegung, was ein gutes Leben beinhaltet. Gewiss orientieren sich zudem auch die meisten anderen Wissensgebiete ebenfalls an dieser Frage, seien es nun die Gesundheitsberufe, die Psychologie, Rechtswissenschaften oder die Ökonomie. Aber auch einfache Alltagsentscheidungen berufen sich darauf, was das Leben für den Einzelnen besser oder schlechter macht. Der Autor erläutert dies an dem Beispiel, wie jemand darauf reagiere, wenn er oder sie um eine Spende von beispielsweise einem Euro gebeten wird. Das Wohlergehen kann damit gesteigert werden, dass der- oder- diejenige, da sie/er es sich leisten kann, sich besser fühlt, geholfen zu haben. Leidet die entsprechende Person aber selber an Hunger oder Geldnot, so wird sie das Geld nicht aufbringen können und würde sich wahrscheinlich schlechter fühlen es zu geben, als es zu behalten. Insofern ist Wohlergehen immer eine individuelle Sichtweise darauf, wie das Leben für sich selbst verläuft (Gregory, 2016, S. 1). Im Folgenden werden verschiedene philosophischer Begriffe aufgezeigt, um in die Thematik der Selbstsorge einzuleiten. Aristoteles hegte ein großes Interesse an der Biologie, welches sein Verständnis von Wohlbefinden beeinflusst hat. Die Frage, was dem Leben zuträglich ist, vielleicht auch, was das Ziel des Lebens ist, kann aus Sicht einer Pflanze mit dem Blühen beschrieben werden. Übertragen auf den Mensch lebt jemand dann sein bestes Leben, wenn er die in ihm steckenden Kräfte zu bestmöglicher Blüte bringt (vgl. Kraut, 2016, S. 27). Diese Vorstellung drückte Aristoteles im Begriff **Eudaimonie** aus. Für ihn sind gut zu leben und Gutes tun das Selbe wie glücklich zu sein (Kraut, 2016, S. 20). Der Begriff Eudaimonie wird häufig mit glücklich sein übersetzt, was jedoch entscheidende Überzeugungen zu kurz kommen lässt. Wenn wir an glücklich sein denken, dann kommen uns wahrscheinlich als erstes Gefühle in den Sinn wie Freude oder Befriedigung (Besser-

Jones, 2016, S. 187). Gemeint ist mit Eudaimonie aber eine bewusste und besonders auch aktive Lebensführung. Um eine andere philosophische Bezeichnung vom Glück oder dem guten Leben zu erwähnen, sei der umstrittene **Hedonismus** genannt. Grob beschrieben hält dieser an der Auffassung fest, Wohlbefinden hänge einzig und allein damit zusammen, wie man sich fühlt. Nur alle guten Erfahrungen seien gut für den Einzelnen und alle schlechten Erfahrungen seien schlecht. Zu unterscheiden ist hier die Psychologie des Hedonismus, die unser konkretes Handeln beschreibt (die davon ausgeht, wir seien nur dann motiviert etwas zu tun, wenn wir davon ausgehen, eine gute Erfahrung zu machen oder es uns ermöglicht, einer schlechten zu entkommen) während die Philosophie des Hedonismus den Versuch unternimmt zu beschreiben, was allgemein gut für den Menschen ist. Wenn heutzutage von hedonistischem Verhalten die Rede ist, dann ist damit eine Verhaltensweise gemeint, die das Heute vor das Morgen stellt, sowie körperliche Freuden über zum Beispiel intellektuelle Erlebnisse erhebt. In der Philosophie des Hedonismus ist dies nicht unbedingt gemeint, auch jemand der heute hart für seine Rentenzeit arbeitet, könnte nach den Prinzipien des Hedonismus handeln (Gregory, 2016, S. 113). Ein wieder anderer philosophischer Ansatz der **Meaningfulness** beschreibt, dass unser Leben dann als gutes empfunden wird, wenn wir ihm eine Bedeutung beimessen, die über unser eigenes Wohlergehen hinaus geht (Kaupinnen, 2016, S. 290); zu Sinnhaftigkeit folgt ein weiterer kurzer Abschnitt (Kapitel 2.4).

2.2 Selbstsorge als Begriff

„Die Freundschaft mit sich selbst ist das, worum es Sokrates letztendlich geht. Gemeint ist damit die Harmonie der Seele, die Besonnenheit als vernünftiger Umgang mit der Affektivität“. (Ursula Wolf, 2017).

Was Wolf beschreibt, ist die **sokratische Selbstsorge**. Im folgenden Zitat wird anschaulich aus philosophischer Sicht beschrieben, worum es noch spezifischer bei der Sokratischen Selbstsorge geht und auch darum, worum sich

dieses Modul auf unspezifischere Art drehen soll. Es beschreibt auch welche Herausforderung die Lehre diesbezüglich bereit hält:

„Philosophieren als eine bewusste Form zu leben, als das Bewusstsein für ein gutes Leben im Sinn eines erfüllten und gerechten Lebens in unserer Welt, wird an keiner Universität gelehrt. Solch ein Bewusstsein ist auch schwierig zu lehren, da es weder als ein definitives Wissen vorliegt, noch mit Hilfe eines metaphysischen Prinzips einfach zu konstruieren ist. Dieses Bewusstsein ist vielmehr eine Art geistige Übung, die immer wieder zu vollziehen ist und die dazu erzieht, das eigene Denken kritisch zu überprüfen und Rechenschaft für unser Handeln in der Welt einzufordern. Die Sokratische Selbstsorge, (...), liefert nun deshalb einen bedeutsamen Beitrag zum guten Leben heute, weil sie zur Bildung dieses Bewusstseins ganz besonders beiträgt. Denn als Methode zur Formung menschlichen Lebens führt die Sokratische Selbstsorge als Gespräch mit sich selbst, im Sinn eines Reflexionsgeschehens, in einen Prozess von Selbsterkenntnis und dialogisch im Gespräch mit anderen, im Sinn eines dialektischen Philosophierens, in ein gemeinsames Suchen nach einem für uns Menschen möglichst vollkommen und dauerhaft guten Leben. Nach Ansicht des Autors zeichnet sich die Sokratische Selbstsorge dabei vor allem durch die Errichtung einer inneren Wertinstanz aus, die als selbstkritische Prüfungsinstanz wirkt und daher ein zielführender Weg ist, sich selbst auf den zahlreichen Um- und Irrwegen zum guten Leben als Wegweiser kritisch zu bewahren.“ (Leiter-Rummerstorfer, 2017, Zusammenfassung Buchinhalt)

Die Praxis der Sokratischen Selbstsorge wird in Kapitel 6.5 vorgestellt werden. In der Antike wurde Selbstsorge „(...) nicht als etwas völlig selbstbezügliches verstanden, sondern als eine gesellschaftlich erforderliche Tugend. Wir können hier auch von der gesellschaftlich orientierten Verantwortung des Individuums sprechen. Das ‚um sich selbst sorgen‘ wird auf die Seele und den Leib bezogen.“ (Bekel, 2007, S. 29).

Selbstsorge kann auch als Unterpunkt der Ethik gesehen werden. Um dies zu verstehen, folgen Sie den Ausführungen von Großmaß (2011) zu dem Begriff

der **Care Ethik**. Care als englischer Begriff steht für ein vielschichtiges Phänomen, für welches es nicht die eine deutsche Übersetzung in gleicher Bandbreite gibt. Ganz kurz beschrieben, geht es um ein **Phasenmodell**, welches den persönlichen Einsatz in sozialen Berufen beschreibt:

- **Caring about:** Wir fühlen uns zuständig, es bedeutet uns etwas, im sozialen Beruf zu arbeiten.
- **Taking care of:** Es wird beschrieben, um welchen Bereich wir uns kümmern, dass wir es anpacken.
- **Care-Giving:** beschreibt den konkreten Einsatz der Pflege bzw. die tatsächliche Therapie.
- **Care-receiving:** hier soll darüber nachgedacht werden, was unsere Arbeit mit dem/der Adressat*in macht.
- **Take care!** Also im Sinne von: Pass auf dich auf! Hier sei das richtige Maß zu halten, das Abschätzen eigener vorhandener Ressourcen nicht genug.

Foucault beschreibt, auch in Anlehnung an die oben angedeutete antike Lebenskunst der Sorge um sich, die **aktive Selbstsorge**. Dabei geht es unter anderem auch darum, wie Organisationsstrukturen auf das Individuum wirken (mehr dazu in Kapitel 4 und 5). Foucault sieht diese aktive Selbstsorge als eine Praxis zur Freiheit, welche durch das Einüben von Selbstreflexion, der bewussten Übung des Umgangs mit sich selbst besteht. In der Antike wurden hierfür Praktiken angeboten zur Selbsterkenntnis durch Anleitung. Selbstbeobachtung und Selbstlenkung wurde durch Schreiben (hier kommt Ihr **Selbstsorgeheft** zum Einsatz) geübt, Verhaltensregeln bezogen sich auch auf die Gesundheitspflege, körperliche Ertüchtigungen, das Maßhalten aller Gelüste, sowie die Begrenzung und Auswahl des geselligen Umgangs. Übertragen auf Ihre berufliche Praxis stellt sich die Frage, welche Handlungsspielräume Ihnen zur Verfügung stehen; welche sind möglich und nötig? Bei Foucault finden sich jedoch keine konkreten Anweisungen zur aktiven Selbstsorge. Diese seien, so Großmaß, demnach „der Sorge um sich selbst überlassen.“ (Großmaß & Perko, 2011, S. 153). Statt eines hier bei Foucault endenden: Viel Glück und Take care! will dieses Modul nach antikem Vorbild eine Anregung

und Anleitung zur Selbsthilfe der Stressbewältigung und Burn-Out Prophylaxe in den Gesundheitsberufen mit an die Hand geben.

2.2.1 Selbstsorge in der Pflegewissenschaft

Anders als im allgemeinen Sprachgebrauch, in welchem der Begriff der Selbstsorge nicht klar definiert ist, hat die Selbstsorge in der Pflegewissenschaft eine zentrale Bedeutung und wird mit dem Modell Orem in Verbindung gebracht werden. Das Modell, stark vereinfacht, umschreibt, was die Pflege in ihrer Tätigkeit im Fokus hat: die Selbstsorge der Patient*innen. Wessel (2007) führt aus: Selbstsorge „(...) verweist nicht nur auf das Individuum in seiner Begrenztheit durch den Tod, sondern auch auf die Vielfalt in diesen Grenzen und damit die Logik des Endes, des Todes. Medizin wie Pflege sind nicht gegen den Tod gerichtet (...), sondern auf die Wahrnehmung aller Möglichkeiten des Lebens. (...) Über die Bedeutung der Selbstsorge betont der Autor auf dem Hintergrund des Begriffs der Individualität, die Selbstreflexion über das eigene Ich. Die Sorge des Individuums über und um sich ist einerseits ganz abhängig von der ontogenetischen Entwicklung und andererseits von der Qualität der Wahrnehmung, zu der ein Individuum fähig ist. Die ‚Selbstsorge‘ bestimmt das Niveau der ‚Selbstpflege‘, ist aber nicht mit ihr identisch.“ (Wessel, 2007, S. 15). Rabe erweitert den Begriff (2007, S. 35) und postuliert Selbstsorge zum einen als Ziel der Pflege, zum anderen als Element der Grundhaltung von Pflegenden. Sie beschreibt, wenn es um die Patient*innen geht, dass dies einerseits ein Schritt weg sei von der Gefahr des Bevormundens und sieht andererseits eine Schwierigkeit darin, dass eine Kostenbeteiligung der Patient*innen entstehen könnte (ebd. S.41). „Die Pflege“ so ein weiterer kritischer Gedanke der Autorin „kann die Patienten unterstützen, ihnen aber nicht vorschreiben, wie sie ihre Selbstsorge wahrnehmen sollen. Fürsorge ohne Respektierung der Autonomie ist übergriffig und moralisch zu kritisieren. Autonomie ohne Fürsorglichkeit dagegen rutscht leicht in Gleichgültigkeit ab.“ (ebd. S.43). Das pflegerische Ethos, das Aufopferung zum ethischen Prinzip erhebt (dies lässt sich auf die anderen weiblich dominierten Therapieberufe gut übertragen), enthält jedoch weitere ethische Implikationen

zum Thema der Selbstsorge. Und genau hier geschieht der Schritt der Erweiterung auf Sie persönlich, also als Pflegekraft und Therapeut*in. So merkt die Autorin kritisch an, dass „Wer sich selbst nichts gönnt und *sich* sich selbst nicht gönnt, wird unfreundlich, verbittert und zynisch. Er ist ein schlechter Helfer.“ (ebd. S.41). Bekel (2007, S. 29) stellt fest: „In der Thematisierung von Selbstsorge wird das Selbst als Ausgangspunkt und Gegenstand der Sorge betrachtet.“ Der Autor (ebd. S.30) **definiert Selbstsorge als das Verhältnis von Selbstverantwortung und Gemeinwohlorientierung.**

Bekel zitiert Schmid (1998, S. 246) welcher **drei Hauptaspekte der Selbstsorge** beschreibt:

- **Der selbstrezeptive Aspekt:** „Das Selbst nimmt sich selbst als Selbst wahr und ist aufmerksam auf sich; es erfährt sich als Eigenes, das nicht Eigentum von anderen ist.“
- **Der selbstreflexive Aspekt:** Durch Selbstreflexion gelingt es, den Übergang von der Selbstwahrnehmung zum Selbstbewusstsein zu bewältigen. Das Selbst ist so in der Lage „(...) aus der Distanz sich und die eigenen Verhältnisse, seine Bedingungen und Möglichkeiten zu erkennen und zu reflektieren.“
- **Der selbstproduktive Aspekt:** Der Wahrnehmung des Selbst und das Bewusstwerden des Selbst folgt die Selbstgestaltung. Sie dient dazu „(...) sich und das eigene Leben zum Werk zu machen.“



e-tivity 1

Schritt 1

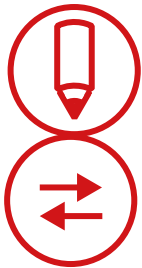
Notieren Sie in Stichpunkten in Ihrem **Selbstsorgeheft** Begriffe und Erfahrungswerte dafür, was Ihnen bislang an Methoden, Wissen, Modellen etc. begegnet ist, die sich für Sie als hilfreich für Selbstsorge in beruflichen Kontexten erwiesen haben. Das können Lehrinhalte zum Helfer-Syndrom, Nähe-Distanz Verhalten, Psychohygiene etc. sein, oder berufliche Angebote wie Supervision, Gesundheitsangebote, Vereinbarkeitmöglichkeiten etc. sein. Nutzen Sie Ihr **Selbstsorgeheft** jeweils für eine Kurz-Reflexion.

Schritt 2

Erarbeiten Sie für sich eine reflektierte Haltung, welche Punkte/Themenbereiche für Sie zum Thema Selbstsorge besonders bedeutsam sind. Berücksichtigen Sie folgende Fragestellungen:

- Welche Bedeutung hat ein_e Methode/Wissen/Modell (subjektiv für Sie)?
- Wie systematisch und wie wirksam ist die jeweilige/das jeweilige Methode/Wissen/Modell (subjektiv für Sie)?
- Recherchieren Sie mind. eine wissenschaftliche Studie zu dieser_m Methode/ Wissen/ Modell und setzen Sie Ihre eigene Einschätzung dazu in Beziehung.

e-tivity 2



- Arbeiten Sie interprofessionell im Forum
- Erarbeiten Sie jede_r individuell einen kurzen Text oder ein Schaubild von max. einer Seite, in dem Ihre Berufsphilosophie im Hinblick auf die Frage, was das 'gute Leben' ist, deutlich wird.
 - Gibt es so etwas?
 - Welche Begriffe werden in Ihrem beruflichen Kontext verwendet?

Stützen Sie sich auf verfügbare Fachliteratur und zitieren Sie diese ggf. Posten Sie Ihr Ergebnis an Ihre Gruppe und diskutieren Sie gemeinsam anschließend Ihre Erfahrungen.

2.3 Glück

"Glück ist eine Entscheidung, die eine Anstrengung erfordert." Aischylos

Verschiedene philosophische Modelle des Wohlempfindens und des guten Lebens wurden angerissen, um den Begriff der Gesundheit zu erweitern. Das Themengebiet Selbstsorge wurde aus philosophischer und pflegerischer Perspektive beleuchtet. Kann zudem der Begriff Glück zu einem erweiterten Verständnis führen? Sind Sie auf der Suche nach Glück? Könnte es hilfreich sein, etwas glücklicher im Leben zu sein? Hier eine künstlerische filmerische 4 min.

Einleitung darüber, wo das Glück vermeintlich nicht zu finden ist: [Happiness](#). Sie werden im Verlauf des Moduls feststellen können, dass sich die Folgekapitel, in denen Sie angeregt sind, sich um sich selbst zu sorgen, an einigen hier dargestellten wissenschaftlichen Maßstäben und der Ratgebung von Experten der Glücksforschung orientiert.

e-tivity A (freiwillig)

Nehmen Sie sich fünf Minuten Zeit:

- Erstellen Sie eine Mindmap mit allen Begriffen, die für Sie mit Glück zusammenhängen bzw. diesen ergänzen.

oder

- Malen, zeichnen oder gestalten Sie ein Bild, eine Collage von ihrem persönlichen, idealen oder auch realen Glück.

Im Folgenden erhalten Sie einige Ausschnitte zu Theorien von Glück, einzelne wissenschaftliche Ergebnisse, Expertenmeinungen etc. und sollen anhand der Vorträge, Texte und Ergebnisse eine eigene Zusammenfassung darüber erstellen, was zum Thema Glück daraus hervorgeht. Dieses Extrakt sollen Sie dahingehend überprüfen, was für Sie überraschende Ergebnisse sind, wo sich einzelne Hinweise widersprechen, inwiefern die Resultate mit Ihrem eigenen Erleben sowie mit den Strukturen unserer Gesellschaft decken oder auch widersprechen.



e-tivity 3

Schritt 1

Lesen Sie diese [Zusammenfassung](#) (*Seligman und Royzman - Happiness The Three Traditional Theories.pdf*, o. J.) von Seligman (Seligman & Royzman, o. J.) verschiedener Theorien über Glück. Erstellen Sie ein Textdokument, in dem Sie die von den Autoren genannten Theorien zusammenfassen und die kombinierte Version der Authentic Happiness kurz (ca. 1.500 bis 2.000 Zeichen mit Leerzeichen) umreißen.



Beleuchten wir für einen Moment **Wohlstand** und behaupten, dass politisch gesehen in Deutschland die Frage, wie es den Bürger*innen ergeht in der Hauptsache an finanziellen Aspekten, am Wirtschaftswachstum, am **Bruttoinlandsprodukt** gemessen wird. Oder gibt es in Deutschland politische Entscheidungen, die sich alleine daran messen, dass die Menschen glücklicher sein sollen, dass es Ihnen gut gehen soll? Als positive politische Vision und Inspiration Glück als messbares Ziel gesellschaftspolitisch anzugehen, schauen Sie sich folgendes Video (14min., englischsprachig mit deutscher Übersetzung): [The Happy Planet Index](#) an.



Schritt 2

Notieren Sie sich im Dokument aus Schritt 1 die Hauptthesen des Redners. Welche Zusammenhänge zwischen Ökologischem Fußabdruck und Well-being gibt es? Welches Land könnte uns einen Weg in die Zukunft weisen, durch welche beispielhaften politischen Weichenstellungen und mit welchen messbaren Konsequenzen? Was sind die vom Redner vorgeschlagenen fünf Aktivitäten zum Finden des Glücks?



Neben der Dominikanischen Republik als Beispiel eines glücklichen Staates, wie im letzten Video erklärt wurde, gibt es ein weiteres Land, welches sich politisch dem Glück seiner Bewohner explizit und erfolgreich zugewandt hat: Bhutan. Dort prägte ein früherer König den Begriff des **Bruttonationalglücks**. Zu diesem Zweck wurde eine eigene Kommission gegründet. (Schauen Sie bei Interesse an, was diese verfolgt: [Glücksministerium](#)). Der Glücksminister Dr. Ha Vinh Tho erläutert [hier](#) in einem Interview, welche Inspiration sich aus der praktischen Erfahrung der Umsetzung mit dem politischen Ziel des Glücks ergeben, welche Tipps er der deutschen Gesellschaft gibt (da diese gemessen an ihrem finanziellen Wohlstand ein Gefälle aufweist, was das Wohlempfinden der Bundesbürger*innen betrifft).



Schritt 3

Notieren Sie sich die vier Hauptbereiche, die in allen Schulungen des bhutanischen Glücksministeriums gelehrt werden. Fassen Sie außerdem drei Hinweise zusammen, die Ha Vinh Tho Ihnen zur Erfüllung eines glücklichen Lebens gibt.



Ein glückliches Leben scheint die einfachste Zusammenfassung dessen, was die meisten Menschen erstreben. In USA wird an Yale University kein Seminar so stark besucht, wie **The Science of Well-being** von Prof. Laurie Santos. Dort werden Fragen rund um das Glückliche analysiert und praktisch erprobt, und zwar aus einer wissenschaftlichen psychologischen Perspektive, genauer genommen aus dem Fachbereich der positiven Psychologie. Sie haben *das Glück*, dass [das Yale Seminar](#) Ihnen zur vollständigen Teilnahme über zehn Wochen zur Verfügung steht. Das ist freiwillig (und auf Englisch) und nicht nötig für den weiteren Verlauf des Moduls. Einige Inhalte (aus einem zusammenfassenden Artikel im New Yorker) des Kurses habe ich Ihnen im Folgenden herausgearbeitet.



Reflexionsanregung I (optional):

Sie können eine **Selbsteinschätzung** vornehmen, wie glücklich Sie insgesamt in ihrem Leben sind.

1. Möglichkeit – Status Quo Happiness Scale

Sie können diese Einschätzung mit der Authentic Happiness Scale in einem [Online Fragebogen](#) **zu Beginn des Moduls messen und kurz vor Ende des Moduls wiederholen**. (Dafür müssten Sie sich einmalig registrieren).

- Schreiben Sie sich das Datum und den Score aus dem Online Fragebogen auf. Was macht diese Zahl mit Ihnen?
- Notieren Sie dazu Ihre Gedanken handschriftlich.

2. Möglichkeit – Regelmäßige Reflexion zur Happiness

Geben Sie sich eine erste Einschätzung zur jetzigen Stimmungslage. Wie fühle ich mich in diesem jetzigen Moment? In **wöchentlichen oder täglichen**

Intervallen können Sie Ihre momentane Stimmungslage wiederholen und so einen Eindruck über das Modul verteilt erstellen.

Im Folgenden finden Sie mehrere Ideen, auf welche Art Sie ihre Selbsteinschätzung ausführen können. Entscheiden Sie sich bestenfalls für eine Methode, bei der Sie über das Semester verteilt bleiben.

- Malen Sie ein Gesicht, das Ihrer Stimmungslage entspricht.
oder
Beschreiben Sie in Worten handschriftlich Ihre Gefühlslage als Wetterlage.
- Sprechen Sie Ihre Stimmungslage als Sprachnotiz. Auch diese müssen Sie aufbewahren, um am Ende alle anzuhören und im Gesamten zu betrachten. Achten Sie auf Ihre Stimme (Stimmung).
oder
- Notieren Sie sich eine Zahl auf einer von Ihnen festgelegten Skala.

Reflexionsanregung II (optional)

Überlegen Sie für einen Moment, was Sie (jetzt gerade oder auch insgesamt im Leben) glücklicher machen würde. Beenden Sie dies gedanklich, bevor Sie weiterlesen.

Sind Sie fertig? (Wenn Sie sich für diese Reflexion entschieden haben, bitte nur dann weiterlesen!)

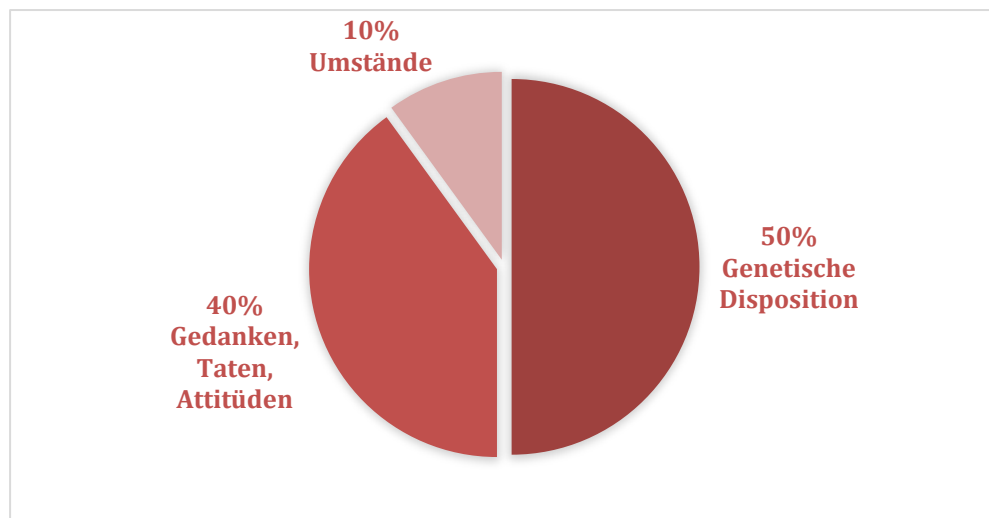
Lesen Sie hier weiter...

Alles was Sie aufgeschrieben hat, sind wahrscheinlich (wissenschaftliche Begründung folgt) Dinge, die sie im Wesentlichen nicht glücklicher machen würden, sondern Dinge, von denen Ihnen Ihre Gedanken vortäuschen, dass Sie durch diese Dinge glücklicher würden - wenn Sie diese nur hätten. Schauen Sie sich in diesem Moment erneut Ihre Darstellung vom Glück an, falls Sie

eine gemacht haben. Ist Glück für Sie der Ist-Zustand? Ist Glück ein Wunschbild? Haben Sie womöglich innere Überzeugungen im Blick, wenn Sie über Glück nachdenken? Diese sind es, die Sie in Wirklichkeit glücklicher werden lassen. Zumindest weist darauf die Wissenschaft sehr deutlich hin:

Sonja Lyubomirsky hat [in Studien](#) (für eine Zusammenfassung und große Anzahl an links zu Veröffentlichungen schauen Sie sich dort um) aufgezeigt, dass 50% dessen, was unser Glücksempfinden beeinflusst, genetischer Natur und nicht zu beeinflussen ist, und 40% mit unseren Gedanken, Taten und Einstellungen zusammenhängt. Lediglich 10% ist mit den Umständen, in denen wir uns befinden in Verbindung zu bringen. Verdeutlicht in einem Schaubild:

Einflussfaktoren zum individuellen Glück:



Eigene Darstellung nach Lyubomirsky

In unserem Modul werden wir uns also schwerpunktmäßig den 40% zuwenden, in denen das größte individuelle Potenzial liegt, Leben glücklicher zu gestalten: In Taten, Gedanken und Einstellungen. Deswegen werden äußeren Umstände (in diesem Modul unter den Begriffen Adlerperspektive und Büffelperspektive zu finden) kürzer abgehandelt, als die subjektive Perspektive (Mäuseperspektive). In diesen Untersuchungen Lyubomirskys konnte zudem in Erfahrung gebracht werden, welche Gemeinsamkeiten glückliche Menschen aufweisen. Es handelt sich also demnach um Korrelationen verschie-

dener Eigenschaften mit dem individuellen Empfinden eines überdurchschnittlich als glücklich empfundenen Lebens. Diese Eigenschaften sollen uns tendenziell auch in unserem Selbstsorge-Modul leiten, auch wenn die Kausalität in diesen Studien nicht erwiesen ist. (Verwechseln Sie nicht Korrelation mit Kausalität: einer der häufigsten Fehler in der Interpretation von wissenschaftlichen Aussagen).



e-tivity 4 a)

Schauen Sie sich bitte folgendes englischsprachiges [Video \(knapp 5 min.\) mit Sonja Lyubomirsky](#) an, um eine kurze Zusammenfassung ihrer Glücksforschung zu erhalten. (Falls es Ihnen gefallen hat, finden Sie auch hier ein [Interview](#)). Bitte erstellen Sie eine Liste der von Ihnen frei übersetzten Merkmale, die glückliche Menschen aufweisen. Überraschen Sie einige davon? Weshalb?



Diese Erkenntnisse, insbesondere das individuelle Potenzial Glück selber zu beeinflussen, bestätigen auch Arbeiten von Gilbert, der die These aufstellt, Glück ist nichts, was sich finden läßt, sondern es ist etwas, was wir selber in uns tragen, was wir herstellen können. Er nennt es die **Synthese von Glück** und spricht von einer Art **Glücks-Immunsystem**, die aufbaubar, erlernbar ist. Schauen Sie sich bitte folgendes (21-Minütiges) [Video](#) an, ein TED Talk des Wissenschaftlers (mit deutschen Untertiteln).



e-tivity 4 b):

Während des Videos notieren Sie sich bitte in Stichworten die Ergebnisse der von ihm genannten Studien. Halten Sie das Video am besten immer wieder an, er denkt und spricht sehr schnell und die Übersetzung hängt teilweise hinterher.



Eine andere auf wissenschaftlicher Basis (Langzeitstudie in den USA über 75 Jahre mit knapp 300 männlichen akademischen Probanden) gemachte Zusammenfassung des jetzigen Studienleiter Robert Waldinger für Glück aus diesem [Interview](#) sieht folgendermaßen aus:

„Glück ist, nicht immer alles gleich und sofort zu wollen, sondern sogar weniger zu wollen. Das heißt, seine Impulse zu kontrollieren und seinen Trieben nicht gleich nachzugeben. Die wahre Glückseligkeit liegt dann in der echten und tiefen Bindung mit anderen Menschen.“

Als Bild gefasst beschreibt Waldinger dies so:

„Im poetischen Sinne ist Glück, in sein Fereinhaus zu kommen und die Wäsche sauber und ordentlich gefaltet vorzufinden. Und dabei von vier liebenden Kindern und sechs liebenden Enkeln umgeben zu sein. (...) Das Ferienhaus meine ich im übertragenen Sinn. Reich zu sein ist kein Garant für Glück. (...) Glück hat mehr mit Eleganz als mit Wohlstand zu tun. Eine gewisse Ordnung der Umgebung und der Umstände gehören zum Glück, und dazu Menschen, die man liebt und die einen lieben.“ (Saur, 2015)

Reflexionsimpuls (optional)

Notieren Sie für sich vier Elemente aus dem Waldinger Zitat, die der Studienleiter der Grant Studie herausgearbeitet hat. Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt (Kapitel 6.7) mehr über diese Studie erfahren.

Hedy Kober, eine US-amerikanische Psychologin, die zum Thema Happiness an Harvard University forscht, fasst Glück so zusammen

„A lot of people think of happiness as a very, very exciting emotion. They expect it to be this constant state of ecstasy- as opposed to equanimity, which is a more sustainable and attainable form of happiness, almost like a quiet joy. It doesn't look like winning the lottery. It looks much more like sitting quietly and noticing that your life is actually wonderful.“

Schauen Sie sich bei Interesse [an](#), was Kobers Forschung zum Thema Mindfulness, auf Deutsch Achtsamkeit, beiträgt. Mehr zu dem Themengebiet wird in weiteren Kapiteln aufgegriffen.



Zum Abschluß des kurzen Eintauchens in die Glücksforschung lade ich Sie ein, sich einen kurzen, lustigen und ästhetischen [Vortrag](#) vom Grafiker, Werber und Künstler Stefan Sagmeister anzusehen. Hier lohnt es weniger, die sieben Regeln zu mehr Zufriedenheit aufzuschreiben, interessanter sind die Forschungsergebnisse, die er grafisch darstellt. Bitte notieren Sie sich diese so, wie Sie sie verstehen. Lassen diese sich mit anderen schon notierten Inhalten in Übereinstimmung bringen?



Reflexionsimpuls (optional) > Siehe Lernplattform

Zu jeder einzelnen dieser *wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, was Glück ist* oder Menschen glücklich(er) macht, lade ich Sie ein, sich eine persönliche Erfahrung dazu zu notieren. Haben Sie das an sich oder an anderen so schon beobachten können? Vielleicht überrascht Sie das ein oder andere Ergebnis. Weshalb? Gibt es Erfahrungen, die Sie mit der Gruppe austauschen wollen? Haben Sie weitere Tipps, die Sie mit Ihren Kommiliton*innen teilen wollen?



Weiterführende Tipps (zum Teil aus dem o.g. Yale Seminar):

- Zusammenfassender [Artikel](#) von Sternbergh, A. (2018): The Cure For New York Face über das Yale Seminar
- Sonja Lyubomirsky (2018): Glücklich sein. Warum Sie es in der Hand haben, zufrieden zu leben.
- Thaler, R.; Sunstein, C. (2008) Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt.
- Jonathan Haidt (2014): Die Glückshypothese: Was uns wirklich glücklich macht. Die Quintessenz aus altem Wissen und moderner Glücksforschung.
- [TED talk](#) des buddhistischen Mönchs Matthieu Ricard
- [Inspirierende Vorträge](#) zum Auffinden der Freude
- Eine englischsprachige [Kurzanleitung](#) mit Tipps zum Glücklicherwerden

2.4 Sinn



Schauen Sie sich den 12 min. [Vortrag](#) der Psychologin Esfahani Smith an, die die Grenzen und Gefahren der Glückssuche umschreibt und auf den alternativen Begriff des Sinn des Lebens verweist.

Esfahani Smith hat in eigenen Forschungen herausgearbeitet, dass es Menschen auf vier Säulen ankomme, die **Sinn** in ihrem Leben herstellen:

- 1) Zugehörigkeit
- 2) Bestimmung
- 3) Transzendenz
- 4) Geschichten erzählen

Weitere (auch eigene) Gedanken zum Sinn des Lebens können anhand der Vorstellung von zwei kurzen journalistischen Beiträgen angeregt werden. Darin sollen zwei Thesen knapp beleuchtet werden: Wie einerseits über Sinn das gute Leben ermöglicht wird, der Mensch durch Sinn resilienter wird und andererseits eine Auslassung über die Schönheit der Sinnlosigkeit des Lebens.

Viktor Frankl, Psychologe, war der Begründer der psychologischen [Sinnforschung](#). Seine Erkenntnisse fußen unter anderem auf seinen eigenen Erfahrungen als Überlebender des Konzentrationslagers, die er im Buch „...trotzdem Ja zum Leben sagen“. (Erstausgabe 1946) verarbeitet. Frankl konstatiert darin:

„Die geistige Freiheit des Menschen, die man ihm bis zum letzten Atemzug nicht nehmen kann, läßt ihn auch noch bis zum letzten Atemzug Gelegenheit finden, sein Leben sinnvoll zu gestalten. Denn nicht nur ein tätiges Leben hat Sinn, indem es dem Menschen die Möglichkeit gibt, in schöpferischer Weise Werte zu verwirklichen; und nicht nur ein genießendes Leben hat Sinn, also ein Leben, das dem Menschen Gelegenheit gibt, im Erlebnis der Schönheit, im Erleben von Kunst oder Natur, sich zu erfüllen; sondern auch das Leben behält seinen Sinn, das- wie etwa im Konzentrationslager- kaum eine Chance mehr bietet schöpferisch oder erlebend Werte zu verwirklichen, vielmehr nur noch eine letzte Möglichkeit zuläßt, das Leben sinnvoll zu gestalten, nämlich

eben in der Weise, in der sich der Mensch zu dieser äußerlichen erzwungenen Einschränkung seines Daseins einstellt. Das schöpferische wie das genießende Leben sind ihm längst verschlossen. Aber nicht nur schöpferisches und genießendes Leben hat einen Sinn, sondern: wenn das Leben überhaupt einen Sinn hat, dann muß auch Leiden einen Sinn haben.“(Frankl & Weigel, 2017, S. 103). „Leben heißt letztlich eben nichts anderes als: Verantwortung tragen für die rechte Beantwortung der Lebensfragen, für die Erfüllung der Aufgaben, die jedem einzelnen das Leben stellt, für die Erfüllung der Forderung der Stunde. Diese Forderung, und mit ihr der Sinn des Daseins, wechselt von Mensch zu Mensch und von Augenblick zu Augenblick. Nie kann also der Sinn menschlichen Lebens allgemein gegeben werden, nie läßt sich die Frage nach diesem Sinn allgemein beantworten, das Leben, wie es hier gemeint ist, ist nichts Vages, sondern jeweils etwas Konkretes, und so sind auch die Forderungen des Lebens an uns jeweils ganz konkrete.(...) Sofern nun das konkrete Schicksal dem Menschen ein Leid auferlegt, wird er auch in diesem Leid eine Aufgabe (...) sehen müssen. (...) Niemand kann es ihm abnehmen, niemand kann an seiner Stelle dieses Leid durchkeiden. Darin aber, wie er selbst (...), dieses Leid trägt, darin liegt auch die einmalige Möglichkeit zu einer einzigartigen Leistung. Für uns im Konzentrationslager war dies alles nichts weniger als lebensfremde Spekulation. Für uns waren solche Gedanken, das einzige, was uns noch helfen konnte.“ (Frankl & Weigel, 2017, S. 188–119).

Der Journalist Schnabel bezieht sich auch auf Frankls Forschung und fasst u.a. in diesem [Zeitungsartikel](#) (Schnabel, U. (2019). Die Kraft der großen Sache, ZEIT 1/2019 – s. Lernplattform) folgende Überlegungen zusammen:

„Die drei größten Irrtümer, die sich um den Sinn des Lebens ranken“:

- Wie findet man den Sinn des Lebens? Manche gehen diese Frage an, als müssten sie einen Goldklumpen finden, der irgendwo vergraben ist. Doch diese Suche ist vergeblich. Eher fündig wird, wer folgende Missverständnisse vermeidet:

- Sinn ist kein intellektuelles Konstrukt, sondern eine individuelle Erfahrung. Deshalb gibt es auch nicht den einen, für alle gültigen Lebenssinn. Philosophen und Ratgeber können allenfalls Anregungen liefern – ob man am Ende aber einen Sinn für sich selbst als gültig und motivierend erfährt, hängt ausschließlich am persönlichen Erleben. Das heißt auch, dass wir selbst gefordert sind – nach dem Motto: Der Sinn des Lebens besteht darin, dem eigenen Leben einen Sinn zu geben.
- Nicht auf die Ziel-Erreichung kommt es an, sondern eher auf das Darauf-zu-Streben. Der Begriff Sinn (von althochdeutsch sinnan: "reisen, streben, trachten") hat vor allem mit einer Bewegungsrichtung zu tun, nicht mit dem Ankommen. Paradoxaerweise kann das Ankommen einen vorher erfahrenen Sinn sogar geradezu zerstören – weshalb sehr Reiche, die nur materiellen Wohlstand erstreben, am Ende als rundum Gesättigte ihren Reichtum oft als sinnentleert empfinden.“

Abt Muho, deutscher Zen Meister in Japan, wiederum formuliert die scheinbar widersprüchliche These:

„Das Leben ist schön, weil es keinen Sinn hat.“



In diesem [Interview](#) erfahren Sie mehr dazu, zum Beispiel, weshalb das Nichtstun, das Sinnlose, das Unnütze im Mittelpunkt stehen soll, wie es sich mit dem Glücklichen verhält, wie Geist und Körper zusammenhängen und warum es *sinnvoll* sein kann, nicht den Regeln (einer Religion) zu folgen. Auch spricht der Mönch nicht unkritisch über die Entwicklung der Achtsamkeitsbewegung. Wer sich für eine weitere asiatisch geprägte unter Umständen überraschende, religionskritische Einlassungen interessiert, der kann sich die [Antwort des Yogis Sadghuru](#) auf die Frage: Was ist der Sinn des Lebens? in einem 13min Interview anschauen.



e-tivity 5

Sie haben nun eine ganze Liste an Forschungsergebnissen sowie Einschätzungen von Expert*innen zum Thema Glück und Sinn gesammelt. Nun ist eine

Zusammenfassung Ihrer Ergebnisse gefragt. Bitte schreiben Sie in logischen Zusammenhängen. Benennen Sie zum Beispiel Überschneidungen, aber auch mögliche Widersprüche der Begriffe Glück und Sinn. Bitte berufen Sie sich auf Quellen, es können insbesondere beim Thema Sinn auch andere als die in diesem Kapitel vorgeschlagenen sein.

2.5 Resilienz

Ein Begriff, der übergeordnet angerissen werden soll, bei dem Sie auch auf eigenes Fachwissen zurückgreifen, ist die Resilienz. Hemmerich beschreibt, dass Anfang der 70er Jahre zwei neue Begriffe in den Sozialwissenschaften auftauchten: Burnout und Resilienz. Seit den 1980ern ist Burnout auch in Deutschland verbreitet; die Akzeptanz des Resilienz-Begriffes ist hier- ziemlich verzögert durch den vor allem von dem psychoanalytisch begründeten Einwand mangelnder Tiefe- gerade erst im Gange. 1971 beschrieb die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner in einer Studie an 700 Kindern (Hawaii) den Komplex von Fähigkeiten, die sich aus widrigen, belastenden, überfordernden und traumatischen Situationen selbst wieder aufrichten zu können, als Resilienz. Der Zusammenhang zwischen Resilienz und der Behandlung aber auch Prävention von Burnout wird durch folgende Aussage deutlich: „Der französische Neurologe, Psychiater und Ethologe Boris Cyrulnik machte mit ‚Die Kraft, die im Unglück liegt‘ den Resilienz-Begriff populär. Heute wird damit die psychische Widerstandsfähigkeit bezeichnet, die dazu führt, dass schwierige Situationen zu positiven Entwicklungsimpulsen reichen und überwunden werden. Resilienz ist erlernt und kann immer wieder neu entwickelt und gefördert werden. Resilienz kann dazu führen, dass ein Individuum seinen Standpunkt (Überzeugung- und Wertesystem) wandelt. Auch dazu, dass sich soziale Bindungen verändern: Beispielsweise ein Lösen von einer fremdbestimmten Vergangenheit, vielleicht nach einer kreativen Phase das Gehen seines ureigenen Weges , in dem die Eigenartigkeit als Andersartigkeit im Zentrum steht. Es ist wichtig zu verstehen, dass Resilienz nicht angeboren ist. Sie wird erlernt, kann verlernt werden und eben auch wieder neu erlernt werden. Resilienz-Training - Fallen und Wiederaufstehen zu

lernen- hat sich für uns als das Zentrum eines sinnvollen Behandlungsansatzes herausgestellt.“ (Hemmerich, 2011, S. 12). Resilienz umschreibt in zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen einen erfolgreichen Umgang mit exogenen Störungen. Resilienz als Begriff kommt aus der Physik, größere Bedeutung erhielt er in den letzten Dekaden auch im psychologischen/soziologischen Denken. Psychologische Resilienz ist als Fähigkeit zu verstehen, sich angesichts traumatischer Erfahrungen und Umstände anzupassen und zu überleben trotz der Erfahrung von Stress. Ethymologisch kommt das Wort vom lat. Verb salire was hüpfen bedeutet, re-salire bedeuten also zurück hüpfen. Die Idee ist jedoch nicht nur einen guten Umgang mit Stress zu haben und wieder zurück in Aktion zu hüpfen, sondern diese Aktion auch weiter zu erhalten und die negative Erfahrung als Wachstumserfahrung in positives Verhalten umzuwandeln ist. (Wink, 2016, S. 3). Ich verweise Sie auf Ihr Wissen aus dem Modul C3.

Ein [Beitrag](#), wie sich Resilienz trainieren lässt, stellt Prof. Dr. Jutta Heller vor. Er basiert auf 7 Schlüsseln:

1. Akzeptanz: Vorbei ist vorbei, nehmen Sie die Realität an.
2. Optimismus: Vertrauen Sie darauf, dass es besser wird.
3. Selbstwirksamkeit: Achten Sie auf Ihre eigenen Bedürfnisse; den eigenen Weg gehen.
4. Eigenverantwortung: Verlassen Sie die Opferrolle, beachten Sie Ihre Leistungsgrenzen.
5. Netzwerkorientierung: Warten Sie nicht zu lange, suchen sich Unterstützung und nehmen Sie diese an.
6. Lösungsorientierung: Werden Sie aktiv, entdecken Sie die Wünsche für Ihr Leben.
7. Zukunftsorientierung: Planen Sie Ihr Leben. Setzen Sie Ziele.

3. Das stressige, verbrennende Leben

Nachdem Sie in den vorherigen Kapiteln erfahren und erarbeitet haben, was Selbstsorge bedeutet und welche Ziele (Sinn, Glück, Wohlempfinden) Ihre Selbstsorge (als private, berufliche und gesellschaftliche Verantwortung) verfolgen kann, soll es in diesem darum gehen, einen Blick auf mögliche konkrete Folgen der Unterlassung einer guten Selbstsorgepraxis gehen: Sie nehmen die Begriffe **Stress und Burnout** genauer unter die Lupe. Weder sollen diese zwingend als die Gegenspieler von Wohlempfinden und Glück markiert werden. Noch handelt es sich um die einzigen Fallstricke einer unterlassenen Selbstsorge. Es soll Klarheit über zwei Begriffe entstehen, die den meisten unweigerlich in den Sinn kommen, wenn es um Prävention im Arbeitsbereich geht und wenn Belastungen im Berufsleben (und nicht nur dort) sich in dem persönlichen Wohlempfinden bemerkbar machen.

Schon vor geraumer Zeit konnte festgestellt werden, dass mittlerweile im deutschsprachigen Raum von Arbeitsmediziner_innen bei 40 Prozent der Pflegekräfte, 35 Prozent der Lehrer_innen und 15 bis 30 Prozent der Ärzt_innen Anzeichen von Burn-Out gefunden werden (Hemmerich, 2011, S. 12). Was ist das, wenn einem das Leben schwerfällt? *Dis-ease* im Englischen, also die Nicht-Leichtigkeit als Begriff, wird allgemein mit *Krankheit* übersetzt. In einer anderen Übersetzung beschreibt es vielleicht den ansonsten unterschiedlichst definierten Zustand Burnout ganz simpel: **Misslingende Leichtigkeit (...)** Das ist Burnout (Hemmerich, 2011, S. 14).

Bevor Sie sich weiter zu dem Thema bilden, erarbeiten Sie sich mit folgenden Anregungen eine Übersicht dazu, was Sie schon dazu wissen, welche Erfahrungen Sie haben. Machen Sie sich Notizen zu folgenden Fragen.



e-tivity 6

- Welche Definitionen und Modelle zu Burnout und Stress kennen Sie bislang aus Ihrer Ausbildung, dem Berufsleben und dem Studium?
- Welche berufsspezifischen Ansätze zur Erklärung aber auch Prävention und Behandlung von Stress oder Burnout kennen Sie? Spielen

diese in Ihrem Berufsalltag eine Rolle? Unterscheiden Sie an dieser Stelle, welche Interventionen Sie als Ausübende Ihrer Klientel anbieten und welche Interventionen Ihnen als Arbeitnehmer*in, Selbständige zur Verfügung stehen.



Selbstreflexionsimpuls: Stress und ich?! (obligatorisch)

Notieren Sie in Ihrem **Selbstsorgeheft** Stichworte zu folgenden Themen:

- Was sind meine ersten Gedanken zu Stress?
- Was sind meine körperlichen Empfindungen von Stress?
- Wie fühlt Stress sich an?
- Welche Strategien der Vermeidung, Prävention oder auch Behandlung stressbeeinflusster Krankheitszustände wenden Sie bei sich an und: wie wirksam sind diese?
- Welches sind meine typischen Erkrankungsmuster oder chronischen Erkrankungen oder schädlichen Verhaltensweisen- sehe ich einen Zusammenhang dieser mit Stress?
- Malen Sie dazu für sich ein Bild, erstellen Sie eine Mindmap o.ä.

Zum weiteren Einstimmen auf die Thematik lassen Sie sich auf weitere Online-[Modelle](#) zum Thema Burnout und Stress leiten. Schauen Sie dort nach, was die Adler- Büffel- und Mäusperspektive ist, damit Sie die folgenden Kapitelüberschriften des Studienbegleitheftes verstehen können. Stöbern Sie hier, was es inhaltlich für Sie Neues gibt.

Für die weitere Vertiefung des Themas, laden Sie sich folgendes [E-Book](#) auf dem ASH OPAC herunter:

Matthias Burisch (2006): Das Burn-out Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung.

Nachdem Sie mit Hilfe aufgeführten Literatur (gerne ergänzend auch eigenen weiterführenden Recherche) Ihr Wissen in einer individuellen Arbeitsweise vertieft haben:

Beantworten Sie sich in diesem Themengebiet zuerst die Frage, was Stress ist. Welche Erklärungsmodelle gibt es dafür?

Gehen Sie im Verlauf dann zur Frage über, ob Stress und wenn ja, wie, mit dem Phänomen Burn-Out zusammenhängt und welche unterschiedlichen Erklärungsansätze es zum Thema Burn-Out gibt.

e-tivity 7

Schritt 1



Im Folgenden möchte ich Sie auf ein paar Stellen hinweisen und konkrete Arbeitsaufgaben stellen, welche Sie bitte **gemeinsam als monoprofessionelle Gruppe beantworten**:

- Welches Stressmodell eignet sich Ihrer Meinung nach am besten und wofür?
- Wie erklären Modelle das Verhältnis zwischen Stress und Burn-Out?
- Lesen Sie bitte auf S. 31 nach, wie Burisch die Überlegung darstellt, dass es zu negativen emotionalen Reaktionen und auch Schuldzuweisungen kommen kann, wenn der Beruf, und hier besonders im Gesundheitsbereich, in der Praxis wenig gemeinsam hat, mit den Erwartungen, die Noviz_innen aus der Ausbildungszeit mitgenommen haben. Kennen Sie diese Erfahrung?
- Lesen Sie die Seiten 39 ff. und vergleichen die verschiedenen Phasenmodelle, die der Autor vorstellt. Haben Sie spontan Fallbeispiele im Kopf, die gut in eines dieser Modelle passen, jedoch gar nicht in ein anderes? Worin sehen Sie Vorteile des einen Phasenmodells gegenüber eines anderen? Behalten Sie im Blick, dass die Modelle nicht auf systematischen empirischen Studien basieren und Menschen in unterschiedlichen Berufszweigen erfassen.
- Notieren Sie in kurzen prägnanten Zusammenfassungen die Theorien, die verschiedene Autoren zur Ätiologie des Burn-Outs vorbringen. Unterteilen Sie die verschiedenen Auffassungen im Hinblick der Erklärung von Burn-Out aus einer individuellen Perspektive und einer Umweltperspektive.
- Danach lesen Sie bitte auf S. 56 nach, welche mögliche Versöhnung Burisch der scheinbar gegenläufigen Perspektiven vorschlägt.

Schritt 2

Lesen Sie sich **einzel**n in Ihrer **monoprofessionellen Gruppe** weiter ein, lesen Sie quer, vertiefen Sie dort, wo Ihr Interesse Sie hintreibt und welche Informationen dienlich sind, damit Sie für sich die oben genannten Fragen (Was ist Stress, was ist Burnout und wie hängen die Begriffe zusammen?) beantworten können.

Schritt 3

- Wählen Sie ein Modell zum Thema Burnout aus und wenden dieses anhand eines konkreten Fallbeispiels schriftlich in Kurzform an (eigene Patient_innen, Kolleg_innen, etc.). Haben Sie berufliche Erfahrungen mit Patient_innen die an einem Burnout litten? Falls es Ihnen passend erscheint, können Sie auch Beispiele aus dem Kollegium oder Ihrem privaten Umfeld schildern.
- Teilen Sie diese als Mini-Fallbeispiele (Ätiologie, Diagnose, Therapie) online.
- Geben Sie einer Kommilitonin/ einem Kommilitonen qualifiziertes Feedback.

Tipps:



- Hier können Sie als Kür die Verfilmung eines Einzelschicksals ansehen: „[Brief an mein Leben](#)“ (knapp 3h)
- Es gibt im Übrigen auch [Stimmen](#), die die Ansteckbarkeit von Burnout diskutieren.

In den nächsten Kapiteln werden diverse Erklärungsmodelle von Stress und Burnout in drei unterschiedlichen Perspektiven vertieft und ergänzt: die des Adlers (Metaebene: Gesellschaft), der Büffelherden (Makroebene: Kohorten) und der Maus (Mikroebene: Individuum). Es wird um präventive sowie kurative Ansätze zum Umgang mit Stress oder dem Finden von mehr Glück gehen.

4. Die Adlerperspektive

Wie erheben uns in die Lüfte. Von ganz oben, auf der Metaebene, betrachten wir, was uns umgibt. Was ist der Zeitgeist, wie steht es um uns in unserer Welt, welche Zusammenhänge könnte es in diesem großen weiten Blick damit geben, wie es uns geht? Zur Einstimmung darüber, welche großen gesellschaftlichen Ursachen für einen Zuwachs an Burn-Out Raten sorgen, lesen Sie bitte diese [Interview](#) (2018) mit dem Soziologen Hartmut Rosa, dessen Theorien im weiteren Verlauf weiter aufgegriffen werden wird. Auch innerhalb der Gesundheitsberufe wurde [KluG](#) (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit) erkannt, dass der Klimawandel erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hat. In dieser Perspektive soll es um die Frage gehen, wie diese menschengemachten extremen Bedrohungen unserer nahen Zukunft und schon deutlichen Veränderungen der jetzigen Welt auf das Wohlbefinden Einzelner wirken. Was macht diese (sich nähernde) globale Krise mit Ihnen? Im kurzen [Interview](#) mit dem medial präsenten Arzt und Unterhalter Eckart von Hirschhausen, der u.a. Teil der Bewegung [Scientists for Future](#) ist, erfahren Sie, wie diese Bedrohung sich auf Einzelne mehr oder weniger bewusst auswirkt. Er arbeitet heraus, dass ein klimafreundliches Verhalten der Einzelnen, was von Menschen häufig als negativ da entbehrlich beschworen wird, in vielen Bereichen im Gegenteil ein besonders gutes, gesundes Leben durch bewussten und wenigen Konsum, körperlichere Mobilität, und pflanzlicheres Essen beschert. Auf dieser großen Skala der Raubvogelperspektive geht es demnach um das **Anthropozän**: die menschengemachten Veränderungen unserer Welt. Die Frage, die Sie in diesem Kapitel leiten kann, lautet: Wie gehe ich als Mensch mit den menschengemachten Veränderungen und der ihnen innewohnenden Bedrohungen um?



Reflexionsimpuls: Kritik am Anthropozän

Laden Sie sich das E-Book: [Kritik am Anthropozän](#) von Jürgen Manemann herunter.

ASH E-Book zum Anthropozän: Jürgen Manemann, Kritik des Anthropozän. Plädoyer für eine neue Humanökologie.

Lassen Sie sich selbständig mithilfe des Buchs von folgenden Fragestellungen leiten und reflektieren Sie:

- Wie kann Anthropozän definiert werden?
- Welche gesellschaftlichen Zusammenhänge, welche gesellschaftsdiagnostische Relevanz erarbeitet der Autor mit Störungen wie Burnout?
- Worin äußern sich diese Störungen und welchen Weg schlägt er zur Heilung vor? Wie begründet er diese Vorschläge?
- Wie kommt die Selbstsorge in seiner Theorie vor? Und wie grenzt sich diese zum Ideal der Selbstverwirklichung ab, dem Zwang sich selbst zu werden?
- Worin genau besteht die Kritik des Autors an dem Begriff Anthropozän?

Sie können sich die (für Sie) wichtigsten Argumente des Autors anhand dieser Fragen in Stichworten notieren. Auch Ihre mögliche Kritik an seiner Sichtweise und Thesen, die Ihnen besonders hilfreich für Ihre eigene Selbstsorge erscheinen.

5. Die Büffelperspektive

Wir verlassen nun den Adler, der alles überfliegt in seiner majestätischen Höhe und kommen auf den Boden Ihrer einzelnen gemeinsamen Gruppenzugehörigkeiten. Anders ausgedrückt: Was beeinflusst Sie auf der Makroebene? Als Büffel sind Sie Herdentiere, sie zählen mehr oder weniger zu verschiedenen Herden, wovon im Folgenden einige näher beschrieben sind. Im Einzelnen gehören Sie individuell noch weiteren Herden an. Diese hängen mit Ihrer Lebensform, Ihrer Herkunft, Ihrem Aussehen, Ihrem Geschlecht, Gender und Sexualität, Ihrer Wohnform, Ihrem Alter und Vielem mehr zusammen. Beginnen läßt sich dieser Blick auf einer nationalen Ebene: Es gibt Grund zur Annahmen, dass es sich bei Burn-Out im europäischen Vergleich besonders um ein [deutsches Phänomen](#) zu handeln scheint. Bevor eine kurze Übersicht einzelner Büffelherden erfolgt, hören Sie sich diesen [Radiobeitrag](#) (deutsch, ca.30 min) dazu an, ob es sinnvoller ist, das Thema von Überlastung als ein



individuelles evt. behandelbares oder durch Prävention vermeidbares Phänomen zu betrachten oder ob Sie nicht lieber in Streik treten sollen. Die Soziologin Graefe im Interview beschreibt das Phänomen der Therapeutisierung des Sozialen. Dies dient Ihnen als Grundlage für die folgenden Büffelherden Unterkapitel und verortet Sie zwischen den Ebenen des Adlers und der Maus, und stellt evt. sogar die Notwendigkeit der Mäuseperspektive, der individuellen Selbstsorge in Frage oder gibt dieser eine andere Richtung, einen anderen Schwerpunkt.

Selbstsorge im Gesundheitssystem

Besonders im Fokus sind die hohen Belastungen der Arbeitnehmerschaft innerhalb des Gesundheitsbereiches im Bereich der Pflege, wie z.B. die (als PDF herunterzuladende) Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes: [Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege](#) (September 2018) zeigt. Schwierigkeiten mit der Zufriedenheit in den Gesundheitsberufen lassen sich neben den Stresserkrankungen auch an der Berufsflucht ablesen. Lesen Sie bitte dazu den Text des folgenden Dokumentes:

Schübl. C. (2018). Was treibt Therapeuten aus ihrem Beruf? In: ergopraxis 2018; 11(03): 10-11

Reflexionsimpuls (optional): Bedingungen am Arbeitsplatz



Notieren Sie in mehreren Kategorien, welche Bedingungen im Gesundheitssystem an Ihrem individuellen Arbeitsplatz zu Lasten Ihres Wohlempfindens gehen. Überlegen Sie bei jedem Punkt, ob es auch positive Elemente der berufsspezifischen Voraussetzungen gibt, die präventiv wirken.

Tabelle mit Beispielen

Themenbereiche	Negative Aspekte	Positive Aspekte
<u>Körperliche Bedingungen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Heben • Tragen • Zu viel Sitzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegung am Arbeitsplatz • Angebote zum Betriebssport

	<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte räumliche Bedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiver Arbeitsweg zu Fuß oder Fahrrad
<u>Strukturelle Bedingungen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Stellenabbau • Zeitdruck • Zu hohe Arbeitsbelastung • Zu viel Dokumentationspflicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewerkschaft • Gute Dienstplanung • Geregelter Urlaub • Krankheitsausfall • Bezahlung Überstunden
<u>Finanzielle Situation</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Zu geringes Einkommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Festes Einkommen
<u>Gesellschaftliche Auswirkungen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Sinnhaftigkeit des Berufes 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein hohes Ansehen im Vergleich mit grundständig akademischen Berufsgruppen
<u>Soziale Bedingungen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte innerhalb hierarchischer und Berufsgruppentrennender Strukturen • Schwierige Klientel 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision • gute kollegiale Unterstützung • es menscht: viele Sozialkontakte (Team und Klientel)
<u>Sinnstiftung</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Hürden der eienen Berufsausübung z.B. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschlichkeit als gelebte Praxis

	durch hohen Stellenwert von Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegium/Team • Klientel
?	?	?

Wie kann den spezifischen Schwierigkeiten im Gesundheitsberuf entgegen gewirkt werden? Lesen Sie dazu folgende drei Dokumente.

- Winter, H.-J. (2011). Sozialisation und berufliche Ideale von Pflegekräften. In: H.-W. Hoefert: Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. S. 37-52
- Weyers, S. (2011). Sozialer Rückhalt und Vernetzung. In: Hans-Wolfgang Hoefert: Selbstmanagement in Gesundheitsberufen, S. 169-182
- Dahlgard, K./ Stratmeyer, P. (2011). Perspektiven zur Überwindung organisationsbezog. Belastungen von Pflegenden im Krankenhaus. In: Hans-Wolfgang Hoefert: Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. Huber. S. 125-154

Selbstsorge im helfenden Beruf

Innerhalb des Gesundheitssystems stellt sich eine noch spezifischere Frage im Zusammenhang mit der Selbstsorge: Was bedeutet es, sogenannte Care-Arbeit als Beruf zu haben? Was sind **SAGE** (**SA**- Soziale Arbeit, **G**- Gesundheit und Pflege, **E**- Erziehung und Bildung) Berufe? Welche gesellschaftliche Stellung haben Sie und was macht das mit Ihnen, was mit Ihrer Berufswahl, Ihren Karriereplänen? Welche Abwertungen erfahren Sie möglicherweise? Welche Erfüllung gibt es Ihnen andererseits? Wenn Sie Lesebedarf haben, um herauszufinden, was die SAGE Berufe sind, und weshalb das Akronym als Ansage verwendet wird, lesen Sie dazu den auf der Lernplattform hinterlegten **Text zu den SAGE-Berufen**.

Bitte lesen Sie folgende kurze Pflichtlektürentexte:



- Burisch, M. (2006): [Das Burnout-Syndrom - Theorie der inneren Erschöpfung \(Springer\)](#) S.31 >> Emotionale Reaktionen/ Schuldzuweisungen wenn der Beruf nicht so ist, wie erwartet.
- Kurze Kapitel von Pfeifer-Schaub:
 - Der verwundete Heiler, Stichwort „Helfersyndrom“, S. 93
 - Der kollektive Wahnsinn und die Energie des Rennens S.94
Erschöpfung nicht zu individualisieren
 - Helfen darf Spaß machen S.94-95,
 - Die Samen in uns & Die Samen des Leidens S.95-97
 - S.197-198 Der gute Mensch von Sezuan und die Kältestrukturen
- Artikel: Meiser-Storck, E.M. (2017). Selbstfürsorge für Psychotherapeuten. Psychotherapie im Dialog 4/2017. 90-93.

Fassen Sie als Selbstreflexion die Texte in wenigen Stichpunkten zusammen, notieren Sie sich gerne eigene Erfahrungen dazu.



Reflexionsimpuls (optional)

Halten Sie (z.B. in Ihrem **Selbstsorgeheft**) den dunkelsten und hellsten Moment in Ihrer bisherigen direkten Arbeit mit dem Patienten oder der Patientin fest, der Ihnen jeweils als erstes in den Sinn kommt. Sie können dies, je nach Gefallen, entweder bildhaft oder als handgeschriebenen Text verfassen. Nutzen Sie dazu unterschiedliche Seiten im Heft. Und vielleicht verfassen Sie diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Verbinden Sie diese Momente möglicherweise mit den Begriffen der obigen Texte des Helfersyndroms, der Nähe/Distanz, der Freude des Helfens, die Liebe im Helfen, das Nicht-Helfen, der Umgang mit Leid, der Umgang mit Ablehnung, dem Gefühl, selber Hilfe zu benötigen.

Selbstsorge im Studium

Was ist Ihre größte Angst oder Sorge, das Studium betreffend? Stellen Sie sich vor, Sie säßen nicht an Ihrem Computer, sondern persönlich, bei einer

Professorin im Seminar. Könnte es sein, dass Ihre unangenehmsten Befürchtungen damit zusammenhängen, etwas nicht zu wissen? Oder, noch expliziter, dass es aufliegen könnte, dass Sie etwas nicht wissen? Falls dem so ist, folgen Sie mir zu folgender Idee:

Wissen kann dadurch entstehen, dass Sie sich eine Frage beantworten. Wissen, als Bild, könnte man sich als einen Luftballon vorstellen. Sie haben eine Frage, und pusten ein bisschen Wissen in Ihren imaginären kleinen, schlappen Ballon. Doch was passiert häufig, wenn Sie damit anfangen, sich eine Frage zu beantworten? Es entstehen Folgefragen. Hinter jeder Antwort verbergen sich unendlich viele neue weiterführende Pfade. Der Luftballon, im Raum des Weltwissens (stellen wir uns vor, dass es das gibt), wird immer größer, seine Oberfläche breitet sich aus und stößt an immer mehr Weltwissen. Nun, Sie werden vielleicht immer schlauer, Ihr Ballon füllt sich immer mehr an, aber: Sie werden, wenn Sie nichts dagegen tun, immer mehr das Gefühl zu haben: Nichts zu wissen! Schließlich eröffnen sich immer weitere Folgefragen, deren Antwort Sie noch nicht kennen. Die Oberfläche Ihres Ballons im Raum des Weltwissens wird immer größer und hat mehr Berührungspunkte mit immer neuem Unwissen. Unwissen, von dem Sie vorher nicht wussten, dass Sie dieses haben. Kommen wir zurück in den Seminarraum. Wenn Sie sich jetzt vorstellen, alle Ihre Kommiliton_innen sind in exakt in derselben möglichen Angstsituation (es könnte aufliegen, dass ich zu wenig weiß), wie Sie, dann dürfte das vielleicht schon die Unsinnigkeit von Angst oder Sorge entlarven. Eine Steigerung, die Ihnen zum Loslassen von Angst und Sorge rät, könnten Sie in der Vorstellung finden, dass Ihre Professorin (vielleicht) schon viel mehr gelesen hat als Sie. Wissensballon der Lehrkraft ist vielleicht größer und es gibt viel mehr Folgefragen, die auch die Professorin sich noch nicht beantwortet hat. Wer von Ihnen muss noch mehr gegen die (wie Sie gesehen haben unsinnige) Angst unternehmen, dabei ertappt zu werden, etwas nicht zu wissen? Da Angst Sie im Lernen einschränkt und auch insgesamt belastend ist, lohnt es sich, Ihre eigenen Mechanismen zu überdenken. Neben dieser möglichen emotionalen persönlichen Ebene gibt es weitere Faktoren, die zu einer Gesamtbelastung der Studierenden führt.



Stöbern Sie im Buch: [Chirico, R., Hrsg. \(2010\) Bachelor statt Burnout. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht](#) (im OPAC verfügbar)

Welche Belastungen des Studiums stehen in Ihrem Studiengang im Vordergrund? Notieren Sie für ein allgemeines Stimmungsbild, welches wir im Webinar erarbeiten wollen, Ihre eigenen Erfahrungen.

Selbstsorge im Zeitalter der Digitalisierung

Heilsversprechen des digitalen Wandels kursieren neben der Ankündigung und Erforschung breit gefächerter negativer Folgeerscheinungen der Digitalisierungen gleichermaßen. Und sie betreffen Lebensbereiche, wie Bildung, Gesundheit, Gesellschaft, Soziales, Arbeit. Es soll um die Bemühung gehen, eine gesunde Mittelposition zu finden, die die vorhandenen und auch nicht auflösbaren Widersprüche der Digitalisierung aushält. Während Sie hoffentlich überwiegend das Gefühl haben, von Ihrem online Studiengang zu profitieren, so wichtig ist es, sich möglichen unerwünschten Konsequenzen bewusst zu sein und negativen Auswirkungen entgegenzuwirken. Als Beispiel, wie aktuell auch die gesundheitlichen Risiken der Digitalisierung von Hochschulen eingeschätzt werden, möchte ich Ihnen die [Achtsame Hochschulen in der digitalen Gesellschaft](#) vorstellen. In Jena finanziert eine Krankenkasse ein Forschungsprojekt mit der Fragestellung, wie die Praxis der Achtsamkeit gesundheitlichen Auswirkungen der Digitalisierung entgegenwirken kann.

Tipps:



- Eine [Übersicht](#) aus dem Plumvillage mit online Anwendungen gegen die digitale Zeitverschwendung beziehungsweise Achtsamkeitsübungen online.
- Weitere Meditations Apps:
 - www.duhastpause.com/app
 - www.balloonapp.de/
 - <http://7mind.de/app>
- Auf Ihrem Rechner können Sie sich [hier](#) die Achtsamkeitsglocke installieren





e-tivity 8

Welche Herausforderungen und Schwierigkeiten und welche positiven Erfahrungen und (ungeahnten) Möglichkeiten erleben Sie persönlich mit der Digitalisierung im Studium und im Beruf? Tauschen Sie sich dazu aus wie Sie Ihre Selbstwirksamkeit in der digitalen Studien- und Arbeitswelt erleben oder auch verbessern möchten.

Der folgende Auschnitt eines persönlichen Erfahrungsberichts beinhaltet einige der genannten Aspekte und dient als Überleitung aus der gesellschaftlichen Perspektive und der Sicht auf die Herden hin zum individuellen Erleben:

„Vielleicht bin ich ein typisches Kind meiner Generation: Wir spüren gesellschaftliche Veränderungen und versuchen, um jeden Preis mitzuhalten. Wir haben immer die unterschwellige Angst, abgehängt zu werden, Angst vor Kontrollverlust und Statusverlust. Wir vertrauen selten auf unsere Erfahrung. Als wäre die angesichts des digitalen Wandels nichts mehr wert. Globalisierung und Digitalisierung- das soll uns auf keinen Fall überrollen, dann marschieren wir lieber vorneweg. Wir sind als Generation extrem anpassungsfähig, gepaart mit hoher Leistungsbereitschaft. Auch wenn wir dafür bis in die Nacht am Laptop sitzen. Während die Kinder schlafen. Das war durchaus auch lebenswert, aber über die Jahre bin ich von innen erodiert. Ich habe verlernt, mich zu spüren bei allem Funktionieren und Optimieren. Und irgendwann tauchte diese unterschwellige Angst auf: Das Tempo ist zu hoch, das wird nicht mehr lange gut gehen.“ (...) Anmerkung: Nach einem Herzinfarkt. „Was ich gelernt habe: Ich darf Nein sagen. Ich bin verletzlich, und erst mit dieser Verletzlichkeit bin ich ein vollständiger Mensch und kann mich und andere wahrnehmen und annehmen. Ich habe inzwischen selten das Bedürfnis, eine heile Fassade zu zeigen. Ich darf in Momenten auch mal ohnmächtig sein. Die Individualisierung hat dazu geführt, dass gerade unsere Generation jedes Scheitern und fast alle Probleme als ein persönliches Versagen betrachtet, weil alles eine Herausforderung sein muss und nie eine Überforderung sein darf. Selbst eine schwere Krankheit muss analysiert werden: Was hast du bisher falsch gemacht? Und Heilung ist ein Projekt, das ich zu bewältigen und managen habe: Und was

hast du jetzt in deinem Leben verändert? Da ist er schon, der nächste Erwartungsdruck, Ich habe nicht mein Leben auf den Kopf gestellt, sondern meine Wahrnehmung. Ich höre auf mein Herz. Das ist eine tägliche Herausforderung.“

(Ortgies, Lisa, 2018)

6. Die Mäuseperspektive

Lassen Sie die ziehenden Büffelherden hinter sich und nähern sich der kleinen, empfindlichen, individuellen und pfiifigen Maus an. Im weiteren Verlauf möchte ich Sie einladen auf eine Erkundung zu unterschiedlichen Blickwinkeln auf sich selbst, in der Sie mit unterschiedlichen Werkzeugen damit experimentieren dürfen, sich um sich zu sorgen.

Besonders wichtig erscheint die **Unterscheidung zwischen Selbstsorge und Selbstoptimierung**. Einen sogenannten Selbstverbesserungshype ([hier](#) ein englischsprachiger Artikel zum Thema: Improving ourselves to death) der in erster Linie zu größerer Leistungssteigerung führen soll ist das Gegenteil des Zieles dieses Moduls. Jedoch sind beide erstaunlich eng miteinander verbunden und unterscheiden sich vielleicht lediglich in der Wahrnehmung: ganz besonders der inneren, also Ihrer eigenen. Hier, als Maus, soll es gerade um Ihre persönliche Beurteilung gehen. Wann immer das Gefühl Sie überkommt, schon wieder etwas besser können zu müssen, noch mehr unterzubringen und nicht zu genügen, treten Sie einen Schritt zurück. Die Schriftstellerin Julie Zeh formuliert folgende beiden Überlegungen:

„Es existiert ein Missverhältnis zwischen der Gelassenheit, die man erreichen möchte, und der Selbstoptimierung, die man verfolgt.“

Sie spricht über die Errungenschaft von Freiheiten, nachdem sich in den 1960ern die Menschen aus festgeschriebenen Rollenbildern lösten.

„Nur, was tun mit dieser individuellen Freiheit? Aha, Selbstverwirklichung. Diesen Raum muss man dann auch füllen. Dass das mit enorm viel Druck verbunden ist, haben viele nicht bedacht. Die Chance wird zum Imperativ: Du musst deine Freiheit nutzen, du musst gut sein, glücklich sein.“ (Juli Zeh, 2018).

Aufgabe:

Lesen Sie dazu bitte folgenden Text:

- S. 200 Pfeifer-Schaupp Der Zwang zur Selbstverbesserung.



Die Selbstsorge ist eng verknüpft mit dem Thema der **Verhaltensänderung**. Dieses Gebiet ist Ihnen auch aus ihrer klinischen Arbeit mit Patient*innen vertraut. Welche Erfahrungen machen Sie mit der Diskrepanz dessen, wovon die Klient_innen wissen, dass es Ihnen gut täte, dies auch gerne umsetzen würden, es jedoch nicht tun? Oder wie bringen Sie Ihr Gegenüber überhaupt erst dazu, eine Maßnahme als hilfreich für den Genesungsprozeß zu erachten? Wie fühlen Sie sich in der Rolle des Ermahnens, Ermutigens, Motivierens? Und: Wie fühlen Sie sich in der Vorbildfunktion? Wie geht es Ihnen selber mit der Einhaltung eines z.B. gesunden oder auch glücklicheren Lebensstils? Wie gut und wodurch motivieren Sie sich? Wie konsequent halten Sie ersterbenswerte Verhaltensänderungen durch? In der ehrlichen Beantwortung dieser Fragen steckt die Qualität des Schlüssels, mit dem Sie sämtliche Türen der Folgekapitel besser oder schlechter öffnen können. Es lohnt, an dieser Stelle (vertraute) Modelle zum Thema Verhaltensänderung (im Bereich der Gesundheit meist mit den Begriffen Adherence/Compliance verknüpft) zu vergegenwärtigen.

Bitte lesen Sie folgenden Text in welchem das weit verbreitete Stufenmodell **Transtheoretischen Modell** zur Verhaltensveränderung beschrieben ist, so wie ein Phasenmodell zur Selbstfürsorgepraxis von Therapeut*innen

- Potreck-Rose, F (2017). Selbstfürsorge. Was hindert uns daran und wie lässt sie sich fördern? Psychotherapie im Dialog 4/2017 24-30.



Nachdem Sie sich mit eher allgemein gültigen Erklärungsversuchen zur Gestalt der Verhaltensänderung auseinandergesetzt haben, möchte ich mit Ihnen einen Schritt weiter in Richtung Ihrer individuellen Situation gehen. Ein aktuelles Modell **The Four Tendencies** beschreibt vier verschiedene Persönlichkeitsmuster im Hinblick darauf, wie Menschen Verhaltensänderungen individuell gegenüberstehen. Die Theorie beschreibt einerseits, warum Individuen etwas in die Tat umsetzen und andererseits, warum sie es nicht tun. Im Unterschied zu anderen Modellen, geht es davon aus, dass nicht alle Menschen dieselben Stufen durchlaufen, sondern es eine Frage von Typzugehörigkeit sei, welche äußeren und inneren Umstände eine Verhaltensänderung ermöglichen oder auch erschweren. Entwickelt von Glücksautorin Rubin wurden mittlerweile erste [Studien](#) zur Validität ihres Modells im medizinischen Bereich im Hinblick auf Adherence gemacht. Diese kommt zum Ergebnis, dass dieser vier Cluster Unterscheidung stimmig und als hilfreich im Patient*innen Kontakt zu bewerten sei. Die zugrundeliegende Frage ist: Wie bekomme ich Menschen- mich selbst eingeschlossen- dazu, das zu tun, was ich möchte? Die Unterscheidung in die vier Typen orientiert sich auf mögliche Reaktionen innerer oder äußerer Anforderungen.

Die vier Typenunterteilung:

- 1 Menschen, die gut ansprechen auf innere Anforderungen und die äußeren Anforderungen widerstehen (**Questioners- die Infragesteller*innen**). Im Grunde genommen wandeln diese Menschen alle Anforderungen in innere Anforderungen um, sie entsprechen äußeren Anforderungen nur dann, wenn sie denken, es macht Sinn, wenn sie also überzeugt sind (oder überzeugt wurden).
- 2 Menschen, die inneren Anforderungen widerstehen, und aber gut auf äußere Anforderungen anspringen (**Obligiers- die Sichverpflichtenden**)
- 3 Menschen, die sowohl gut auf innere und gut auf äußere Anforderungen ansprechen (**Upholders- die Aufrechterhalter*innen**)

4 Menschen, die sowohl schlecht auf innere, als auch schlecht auf äußere Anforderungen ansprechen (**Rebels- die Rebell_innen**)

(nach Rubin, frei übersetzt)

Innere Anforderungen (ich meditiere regelmäßig, weil ich entspannter werden will; ich höre auf zu rauchen, weil ich gesünder sein will; ich gebe meine Hausarbeit rechtzeitig ab, weil ich dann frei habe) verlangen nach intrinsischer Motivation, äußere Anforderungen sind mit extrinsischer Motivation verbunden (ich meditiere, weil alle das jetzt alle tun; ich höre auf zu rauchen, weil es ärztlich verordnet ist, ich gebe meine Hausarbeit rechtzeitig ab, weil ich sonst durchfalle). Laut der Autorin kann das Wissen um den eigenen Typ (und um den Typ des Menschen, dessen Verhaltensänderung mit uns verknüpft ist, z.B. Klient*in) uns dabei leiten, wie wir Veränderungsprozesse individuell gestalten können um mehr Erfolg zu haben.

Günstige individuellere Umstände für Verhaltensänderungen in Kurzform anhand der vier Typbeschreibungen:

Infragesteller*innen benötigen Erklärungen, Beweise, Zusammenhänge um überzeugt zu sein, ihre inneren Anforderungen aufzubauen.

Die Sich-Verpflichtenden müssen sich verantwortlich fühlen, benötigen externe Anforderungen. (Eine_n Joggingpartner_in, eine klare Terminabgabe, äußere Überprüfung).

Aufrechterhalter*innen wollen wissen, was zu tun ist.

Rebell*innen benötigen die Freiheit, das zu tun, was sie wollen. Ein Beispiel: Wenn ein*e Rebell*in darum gebeten wird, Verhaltensziele aufzuschreiben (z.B. vegan zu leben), wäre das kontraproduktiv. Wenn hingegen ein Bild davon entehen kann: Wer möchte ich sein? (Ich möchte tierfreundlich sein, ich möchte umweltfreundlich sein, ich möchte einer Subkultur angehören, etc.) dann können die Verhaltenweisen frei diesem Bild entsprechen, ohne dass die Rebell*in sich eingeschränkt fühlen muss.



Tipps und Reflexionsanregungen:

- Nehmen Sie die Möglichkeit wahr, sich Sie anhand des [Fragebogens](#) selber einschätzen, um zu erfahren, welchem Typ Sie möglicherweise angehören, oder Sie wissen dies schon anhand der Kurzbeschreibungen?
- Was bedeutet das Testergebnis für Sie?
- Notieren Sie fünf Situationen, die Ihnen einfallen, in denen Sie eine Verhaltensänderung vorgenommen haben, und mit welchen Widerständen Sie von aus innerer oder äußerer Anspruchshaltung heraus zu tun hatten. Sie können dies auch als Mindmap aufzeichnen.
- Schreiben Sie zu jedem der anderen drei Typen jeweils ein Beispiel aus ihrem persönlichen Umfeld und eines aus ihrem beruflichen Umfeld (Kollegium) sowie ein Patient*innenbeispiel auf.
- Worin bestehen für Sie in den jeweiligen Begegnungen die besonderen Herausforderungen?
- Tauschen Sie sich auf freiwilliger Basis im Forum darüber aus, welche Modelle Ihnen für Ihren persönlichen oder auch beruflichen Kontext behilflich sind (Stufenmodell oder Phasenmodell von Verhaltensänderung im Vergleich oder auch in Kombination mit dem Four Tendencies Modell).
- Fokussieren Sie sich darauf, welcher Typ Sie selber sind und beschreiben sich gegenseitig, welche Erfahrungen Sie mit erfolgreichen und nicht erfolgreichen Strategien der Verhaltenänderung haben. Welchen Einfluss können die beiden Theorien für Ihre berufliche Rolle haben? Teilen Sie Ihre Erfahrungen im Forum.

Mentales Kontrastieren: WOOP

Es soll Ihnen ein weiteres Hilfsmittel zur Selbstsorgepraxis vorgestellt werden, das sich mit dem Weg vom Wunschverhalten zur konkreten Umsetzung auseinandersetzt. Wissenschaftlerin Gabriele Oettingen der New York University und Universität Hamburg hat das Prinzip des mentalen Kontrastierens entwickelt, als sie im Fachbereich der positiven Psychologie die Absichten von Menschen untersuchte. Bitte schauen Sie sich Ihren Vortrag an:



[Die Falle des visionären Denkens oder: Wie man konstruktiver Optimist wird.](#)

Als kurze Zusammenfassung Ihrer Idee gibt es das Prinzip als **WOOP**. Sie arbeitet darin heraus, dass positives Denken den Menschen im Weg stehen

kann, ihre selbst gesetzten Ziele zu erreichen. Das liegt den Forschungsergebnisse nach daran, dass Menschen zu sehr an den eigenen gesetzten Idealen festhalten (*Ich möchte abnehmen*) anstatt sich der Hindernisse auf dem Weg dorthin bewusst zu werden (*Kuchen ist köstlich*). So entwickelte die Psychologin eine Taktik, diese Solpersteine zu überwinden:

W (wish): Identifizieren Sie Ihren Wunsch (Abnehmen)
O (Outcome): Ergebnis (Ich wiege weniger.)
O (Obstacle): Was ist das Hindernis (Liebe zu Kuchen)
P (Plan): Plan dieses zu verhindern (Nicht zum Bäcker gehen.)



Sie können [hier](#) eine Zusammenfassung von WOOP mit einer beispielhaften Umsetzung (des Wunsches nach mehr Sport im Alltag) anschauen. Prägen Sie sich die Methode ein, damit Sie sie bei Gefallen in den Folgekapiteln anwenden können.

Das Thema der **Diversität** ist im Hinblick auf den individuellen Blickwinkel von enormer Wichtigkeit. Besonders Diskriminierungserfahrungen zerreißen eine vermeintlich objektive Umgebung oder Situation in subjektiv zwei völlig andere Erlebnisse. Das wissen besonders alle diejenigen unter Ihnen, die sehr gut beobachten (wozu Sie quasi noch die Wahl haben) oder noch viel deutlicher diejenigen, die Diskriminierungen erleben (das wählen Sie meist nicht). Wie grundlegend anders es alleine ist, in einigen Situationen (im Baumarkt oder neben einer Reifenpanne) als Mann oder Frau wahrgenommen zu werden, Menschen, die als People of Colour in eine Disko eingelassen werden wollen, Menschen, die in einem Rollstuhl U-Bahn fahren oder Menschen, die in ihrer gleichgeschlechtlicher Partnerschaft öffentlich Zuneigung zeigen. An dieser Stelle verweise ich Sie daher in das Modul C4 Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit und bitte Sie, diese Ebene mitzudenken.

Im Folgenden werden immer wieder kurze Zitate und Überlegungen zu Ansichten aus anderen Kulturen, aus anderen Zeiten sowie aus anderen Bezugswissenschaften, als die Ihnen sonst vertrauten, auftauchen. Dies geschieht

aus der Überzeugung, dass dieser Blick von weiter weg den Blick auf das Hier und Jetzt Ihrer eigenen Selbstsorge schärfen kann. Ich stelle Ihnen deswegen auch den **Papalagi** vor, ein hundert Jahre altes Buch, das die Reden eines (fiktiven) Südeseehäuptling über die weißen Europäer darstellt, als eine Art Warnung vor unserem (damaligen) Lebensstil. „Papalagi (sprich: Papalangi) heißt: der Weiße, der Fremde, wörtlich übersetzt aber der Himmelsdurchbrecher. Der erste weiße Missionar, der in Samoa landete, kam in einem Segelboot. Die Eingeborenen hielten das weiße Segelboot aus der Ferne für ein Loch im Himmel, durch das der Weiße zu ihnen kam. – Er durchbrach den Himmel.“ (Scheuermann, 1920, erw. Neuauflage 1977, S.3). Der Papalagi sind also wir, auch wenn und besonders, weil die Betrachtungen fiktiv, 100 Jahre alt und aus der fremden Perspektive des Samoa Häuptlings stammen: Dieser hat das so nie geäußert, der Autor jedoch hat dort gelebt und reflektiert seine Ursprungsgesellschaft anhand seiner Erfahrungen mit einer ihm fremden aber in vieler Hinsicht, wie er zum Schluss gekommen sein muss, auch erstrebenswerten Lebensweise. Dass es hier auch um das Thema der kulturellen Aneignung geht, bitte ich mitzubedenken: Die Fiktion benutzt in gewisser Weise die (Kultur der) Samoa um eine kritische Haltung der eigenen Lebensweise gegenüber zu finden. Es wird der indigenen Bevölkerung nicht ihre Stimme verliehen, sondern es werden einem fiktiven Samoa Wörter in der Mund gelegt um die Lebensweise der Samoa vielleicht auch zu erhöhen, aber auch nur aus weißer missionarischer Sicht dargestellt. Für dieses Modul komme ich zu dem Schluss, dass der Zweck die Mittel heiligt: das Ziel des Autors ist eine kritische Selbstreflexion auf das eigene Handeln und zeugt gleichzeitig von einer solidarischen Haltung der Samoa gegenüber. Der Blick auf uns ist so fremd, wodurch er stärker erscheint, als käme er aus der Mitte unserer Zeit und Gesellschaft. Sehen Sie selber, im folgenden ersten Unterkapitel.

6.1 Mein Haus und meine Dinge

Nähern Sie sich dem Ich aus seiner unmittelbaren Umgebung. Dieses Kapitel handelt mit einem selbstfürsorglichen Blick von den Dingen, die Sie umgeben,

Ihrer Beziehung zu diesen Dingen und individuellen Zusammenhänge mit Ihren weiter gefassten Umweltverhältnissen. Wie können Sie also Ihre Umwelt und die darin enthaltenen Dinge so auswählen, gestalten, verbessern, vielleicht reduzieren, dass sie Ihnen tatsächlich dienlich sind? Dass Sie in einer unterstützenden, gesunden, freundlichen und sie erfreuenden Umgebung leben? Was sagen Ihnen Ihre Dinge und wie Sie diese auswählen, pflegen und handhaben über sich selbst?

Meine Dinge

„Oh ihr Brüder, wenn ihr mir doch zu glauben vermöchtet: Ich bin hinter die Gedanken des Papalagi gekommen und habe seinen Willen gesehen, als beleuchte ihn die Sonne zur Mittagsstunde. Weil er des grossen Geistes Dinge zertrümmert, wo er hinkommt, will er das, was er tötet, wieder lebendig machen aus eigener Kraft, und dabei macht er sich selber glauben, er selbst sei der grosse Geist, weil er die vielen Dinge macht.(...)„Es ist eine große Armut, wenn der Mensch viele Dinge braucht; denn er beweist damit, dass er arm ist an Dingen des großen Geistes. Der Papalagi ist arm, denn er ist besessen auf das Ding. (...) Je mehr einer ein rechter Europäer ist, desto mehr Dinge gebraucht er. Darum ruhen die Hände des Papalagi nie im Machen von Dingen. Deshalb sind die Gesichter der Weißen oft so müde und traurig, und darum kommen auch nur die wenigsten unter ihnen dazu, die Dinge des großen Geistes zu sehen, auf dem Dorfplatz zu spielen, frohe Lieder zu dichten und zu singen oder an den Sonnentagen im Lichte zu tanzen und sich vielfach ihrer Glieder zu freuen wie uns allen bestimmt ist. Sie müssen Dinge machen. Sie müssen ihre Dinge behüten. Die Dinge hängen sich an sie und bekriechen sie wie die kleine Sandameise. (...) Sie begehen kalten Herzens alle Verbrechen, um zu den Dingen zu kommen. (Scheuermann & Tuiavii, 1991, S. 53-56)



Beschäftigen Sie sich mit der Vielzahl an Dingen, die uns umgeben, die vielleicht Ihnen und unserer Umwelt Balast sind. Lesen Sie bei Interesse [folgenden Artikel](#) zum Thema, wie Materialismus aus psychologischer Sicht gesehen wird. Wie fühlt es sich an, mit weitaus mehr Dingen zu leben, als wir nutzen?

Mit Dingen zu leben, die unter oft fragwürdigen Umständen produziert wurden? Mit Dingen zu leben, die uns Statussymbol sind? Mit Dingen, umgeben zu sein, deren Verlust wir fürchten? Mit Dingen zu leben, die kurzlebig sind, die zum Wegschmeißen produziert wurden? Mit Dingen zu leben, deren Kauf uns glücklich zu machen versprach und dies vielleicht auch immer noch tut? Mit Dingen zu leben, deren Handhabbarkeit uns tief beeindruckt, deren Lebensdauer uns erstaunt? Mit Dingen zu leben, die uns mit weit entfernten Orten verbindet, uns an geliebte Menschen erinnert? Mit Dingen zu leben, deren Ästhetik uns tief bereichert? Mit Dingen zu leben, die uns unser Leben so, wie es ist, überhaupt erst ermöglichen? Was sind das, die Dinge? Können die Dinge, die Sie umgeben wirklich einen Einfluß auf Sie haben? Handelt es sich nicht um leblose Objekte, denen Sie, das Subjekt, erst ihren Nutzen vorschreiben, ihn zu Ihren Gunsten anwenden? Überlegen Sie, ob diese scheinbar einfache Hierarchie zwischen Ihnen und den leblosen Sachen so eindeutig ist, wie es Ihnen möglicherweise scheint. Erlauben Sie sich für einen Moment den Gedanken, dass Sie, angenommen Sie sind rechtshändig, mit einer Schere für Linkshänder einen runden Kreis ausschneiden sollen. Wie fühlen Sie sich, wenn der Korkenzieher den Korken zerbröseln, der Hammer seinen Kopf verliert beim Nagel einschlagen, der Staubsauger stinkt statt zu saugen, der Akku des Smartphones nicht mehr zu laden ist? Interessanterweise beginnen Menschen häufig genau in dem Moment Dinge als lebendig wahrzunehmen, wenn nicht so dienen, wie es gewünscht ist. Oder haben Sie noch nie angefangen mit ihrem Computer zu sprechen, erst aufmunternd, dann schimpfend, als dieser ohne Vorankündigung (wie unverschämt!) *seinen Geist aufgab*? Wenn Sie es zulassen können, schlage ich vor, sich vorzustellen, dass in den Dingen, die Sie umgeben, auch dann Leben steckt, wenn Sie Sie nicht durch Undienlichkeit Ihre Erregung auf sich ziehen. Wie fühlen sich also ihre persönlichen Gegenstände? Vielleicht lohnt der Gedanke, auch wenn er mühsam, lächerlich oder unnötig erscheint. Durch die Reflexion darüber, wie diese Dinge sich fühlen könnten, stoßen Sie ggf. auf Gefühle und Gedanken, die Sie in sich tragen, alleine aufgrund der Tatsache, dass die Dinge tatsächlich in Ihrem Leben sind. Im Folgenden werden Unterthemen gebildet, um Ihnen diesen Bereich Ihrer Gefühlswelt, bedingt durch Dinge, näher zu bringen. Was ist das

für eine Welt, die Sie sich mit Ihren Dingen geschaffen haben? Vielleicht entstehen für Sie daraus selbstsorgende Impulse, ihre dingliche Welt zu überdenken, umzugestalten, zu minimieren, vielleicht sprechen diese Überlegungen Sie auch sehr wenig an.



Anzahl und Notwendigkeit


Beginnen lässt sich mit der schlichten Frage der Quantität. Wie viele Dinge denken Sie zu besitzen? Wie fühlen Sie sich, wenn Sie aus dem Urlaub zurückkommen und Ihren Koffer auspacken (oder nach Ihrem Umzug die Kisten) und vielleicht feststellen, dass Ihnen kaum etwas gefehlt hat, obwohl Sie nur einen kleinen Bruchteil dessen mitgenommen haben, was sie besitzen? Am besten formuliert sich die Auseinandersetzung mit der Anzahl an Dingen in seiner weit verbreiteten Gegenbewegung zum Zuviel, dem Minimalismus. Schauen Sie sich dazu folgendes 5minütiges [Video](#) (englischsprachig mit deutscher Übersetzung) an. Wieviele Gegenstände missachte ich, bei welchen bin ich mir darüber bewusst, welche stehen im Keller, oder liegen unbeachtet in Schränken, Umzugskartons, etc.? Es ist davon auszugehen, dass Sie Dinge in Ihrem Umfeld entdecken werden, die Ihnen als Balast erscheinen. Wie können Sie diese loswerden? Tipps zum minimalistischen oder aber auch bewussteren Umgang mit Dingen finden Sie zum Beispiel auf folgenden [Blogs](#).

Qualität

Die Qualität der Dinge mag an gewissen Stellen mit der Quantität zusammenhängen: Wo die eine Sache, sagen wir der Kugelschreiber, schnell kaputtgeht, benötige ich vielleicht mehrere davon, also suche ich in meiner Tasche oder meiner Schublade unter all den Stiften nach einem passenden und hoffe, dass dieser dann funktioniert. Um im Anfangsbild der Lebhaftigkeit der Dinge zu bleiben, stellen Sie sich die Frage, wozu fordert die Qualität des Gegenstandes mich auf? Ist der Einsatz des Gegenstandes verlässlich? Macht der Gegenstand mir mit seiner Qualität Freude? Ist er mir wirklich dienlich? Handelt es sich um einen einsatzbereiten Gegenstand? Ist der Gegenstand von langer Lebensdauer? Benötigt der Gegenstand Pflege- und wenn ja, wie realistisch

ist es, dass ich diese Pflege tatsächlich durchführe? Ist der Gegenstand fragil und wird deswegen von mir geschont, gar nur aufbewahrt anstatt genutzt zu werden? Muss ein Gegenstand repariert werden und wartet darauf, dass ich dies durchführe?

Ästhetik



Einer der Grundideen der Ergotherapie (Sie können dazu folgenden [Artikel](#) lesen.) in Ihrer Gründungsphase vor ca. 100 Jahren schloß sich an das Gedankengut der **Arts and Crafts** Bewegung (Sie können darüber [hier](#) und [hier](#) Videos anschauen) an: die Überzeugung, dass ästhetisch hochwertige Produkte sowie die manuelle Herstellung derselben heilende Effekte haben können. An dieser Stelle können wir den kleinen Nebensatz in Erinnerung rufen, den der Leiter der Harvard Langzeitsstudie (s.o.) im Interview fallen ließ, dass eine gewisse **Eleganz im Leben** wichtig für das Wohlempfinden ist. Ästhetik ist einerseits eng verbunden mit Qualität und andererseits mit Ihrem individuellen Geschmack. Fragen Sie sich selbstsorgend: Wie gut gefällt mir ein Gegenstand wirklich? Passt er zu mir? Steht mir das Kleidungsstück wirklich? Welche verborgenen Botschaften enthält der Gegenstand aufgrund seiner Beschaffenheit, seines Aussehens? Am ehesten gelingen diese Überlegungen bei Kleidungsstücken, da diese uns direkt repräsentieren. Wie anders fühlen Sie sich, wenn Sie frisch gewaschene, gebügelte Wäsche anziehen? Wie lässt Sie das Loch im Socken fühlen? Der Grauschleier der Unterwäsche? Auch wenn Sie weiterdenken, können Sie feststellen, dass auch ein nicht Gefallen von scheinbar banalen Gegenständen ein Vorhandensein von unbewusstem, wenn auch nur minimalem Unwohlsein darstellt: Die Tasse, aus der Sie nicht gerne trinken, die abgegriffene Bettwäsche, die unschöne Spülbürste, die Sie trotzdem täglich anfassen.

Narrativ

Welche Geschichten erzählen uns Gegenstände? Welche Erinnerungen verbinde ich mit dem Gegenstand? Sind es gute Erinnerungen? Machen sie uns nach wie vor fröhlich? Oder machen Sie uns traurig, da eine Situation vorüber ist, in der dieser Gegenstand eine wichtige Rolle spielte? Wünschen wir uns

von manchen Gegenständen, dass sie uns etwas geben, was wir nicht sein können (ich wäre gerne sportlicher, deswegen kaufe ich mir Funktionskleidung)? Ist der Gegenstand mit schlechten Gefühlen verbunden, besonders Schuld und Scham (das hat mir jemand geschenkt, es gefällt mir aber nicht, oder: das war ein – sehr teurer- Fehlkauf?). Erzählt mir der Gegenstand etwas aus der nicht kommen wollenden Zukunft (wenn ich endlich Zeit habe, dann spiele ich mit dem Instrument, dann lese ich das Buch?) oder aus der Vergangenheit (die Reitausrüstung, als ich noch aktiv das Hobby ausführte)? Sie werden sicherlich feststellen, dass Sie eine Menge Gegenstände behalten, die mehr mit Vergangenheit und Zukunft zu tun haben, als mit dem Leben, das Sie jetzt gerade führen. Vielleicht stellen Sie fest, dass Sie diese Gegenstände als Ballast empfinden. Besonders, wenn die Gegenstände Ihnen unhörbar Schuldvorwürfe und ein schlechtes Gewissen spiegeln. Eine weitere Überlegung kann sein, welche eigene Geschichte der Gegenstand wohl mitbringt, was hat er erlebt, bevor Sie ihn besaßen? Wer hat ihn unter welchen Umständen gefertigt? Welche Materialien wurden verarbeitet? Welchen Transportweg legte der Gegenstand zurück?

Gesundheit

Gehen möglicherweise gesundheitliche Gefahren von den Dingen aus, handelt es sich um potenziell giftige Materialien? Es gibt gut gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse, die, um nur zwei Beispiele zu nennen, einen erheblichen Rückgang der Spermien ([Studie](#) und zusammenfassend nachzulesen in einem [Zeitschriftenartikel](#)) sowie einen [Rückgang des allgemeinen Intelligenzquotienten](#) (besonders in den Industrienationen) attestieren. In beiden Forschungsbereichen werden u.a. auch Giftstoffe in Alltagsgegenständen als Ursachen erforscht. Allein in [Textilien](#) befinden sich unzählig viele bedenkliche Chemikalien. Besonders im Fokus stehen Produkte aus Plastik. Aber auch Lebensmittel, Kosmetik, Spielzeug, etc. sind häufig stark belastet. Eine gute Quelle für mehr Wissen bezüglich Giftstoffe in Gebrauchsgegenständen ist der [BUND](#) (Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland). Neben den Inhaltsstoffen können Sie sich weiter fragen, wie sicher sind Ihre Gegenstände



in ihrer Handhabung? Oder, wie gesundheitlich dienlich sind die Gegenstände Ihrer Funktion: Tragen Sie beispielsweise unbequeme Schuhe?

Ordnung

Wahrscheinlich kennen Sie von sich selbst und der Beobachtung ihrer Umgebung Zusammenhänge menschlicher innerer und äußerer Aufgeräumtheit und Sauberkeit. Erneut zitiere ich den Leiter der Harvard Langzeitstudie zu Glück und verweise neben der Eleganz auf die Wichtigkeit der Ordnung und Gepflegtheit des persönlichen Umfeldes. Marie Kondo, eine populäre Aufräum- und Putzautorin aus Japan, beschreibt, dass die Begriffe Aufräumen und Putzen häufig synonym verwendet würden, es sich jedoch um zwei grundlegend verschiedene Tätigkeiten handele. Die Unterscheidung der Begriffe sei jedoch elementar um zu einem schönen Zuhause zu gelangen. Erstens sei der Fokus beider Tätigkeiten eine anderer: Aufräumen hat mit den Dingen zu tun, Putzen mit dem Schmutz. Die Verantwortung für jede Art von Unordnung und einem Zuviel an Dingen liege zu 100% beim Individuum selbst. Dinge vermehren sich nicht von sich aus, sie kommen indem wir sie anschaffen oder sie uns geben lassen. Unordnung entsteht nur aus dem einzigen Grund, dass die Objekte nicht an den ihnen zugeordneten Platz zurückgebracht werden, oder man ihnen noch keinen Platz zugeordnet hat: Ist Ihr Zimmer unaufgeräumt, bevor sie es überhaupt merken? Falls dem so ist: es handelt sich einzig und allein um Ihr Tun, Ihre Verantwortung. In anderen Worten: **Aufräumen bedeutet, sich mit sich selbst zu konfrontieren.** (Kondo, 2016, S. 14–15). Einstimmigkeit dürfte bei allen Ratgebern von Ordnungstechniken darin bestehen: Jeder Gegenstand benötigt ein eindeutiges Zuhause. Nach jeder Nutzung eines Gegenstandes muss dieser möglichst unmittelbar wieder an seinen Ort zurückgebracht werden. Vermutlich regt sich in einigen der Widerstand, dass auch zu viel Ordnung zu einem gewissen Unwohlsein führen kann. Mit Sicherheit gibt es auch ein Wahrheitsgehalt darin, dass Chaos für manche Menschen in manchen Umständen hilfreich ist oder gesund machend und erhaltend wirken kann.

Putzen

Während die Ordnung, laut Marie Kondo also mit einer Selbstreflexion eigenen Handelns eng verbunden ist, da die Dinge von uns angeschafft werden und von uns an den Ort gebracht wurden, wo sie sind, tritt Schmutz von ganz alleine auf: er wird immer wieder kommen. In diesem Sinn **bedeutet Putzen sich mit der Natur, oder im übertragenen Sinn seinem Umfeld, zu konfrontieren**. Vielen Menschen sei nicht bewusst, dass Sie nicht im Putzen schlecht seien, sondern nicht aufräumen können. Aufräumen und Ausmisten benötigt immer Gedankenarbeit: Was behalte ich, was kommt wo hin. Putzen hingegen fördere ein Loslassen der Gedanken. Sie fasst zusammen: **Aufräumen sortiert den Geist und Putzen reinigt den Geist** (Kondo, 2016, S. 15-16). Im (Zen-)Buddhismus wird davon ausgegangen, dass das Putzen an sich eine nicht zu vernachlässigende heilsame, gar spirituelle Kraft hat. Mönch Keisuke Matsumoto postuliert, man entferne den Schmutz, um den Geist von weltlichen Sorgen zu reinigen.

„Wir putzen den Dreck weg, um uns von Verhaftungen zu lösen. Die Zeit, die ich für das gründliche Putzen bis in den letzten Winkel benötige, ist zutiefst bereichernd. (...) Das Menschenleben ist ein tägliches Arbeiten an sich selbst. Jede einzelne unserer Taten prägt unmittelbar unser Wesen. Wenn wir Unrecht tun, beschmutzen wir unseren Geist, und wenn wir uns bemühen, richtig zu leben, wird unser Geist allmählich rein. Wenn der Geist rein wird, leuchtet die Welt, die wir sehen. Wenn die Welt leuchtet, werden die Menschen freundlicher.“ (Matsumoto & Höhn, 2015, S. 9–10).



Auch die deutsche Philosophin Karafylli beschäftigt sich wissenschaftlich mit Putzen: Sie kommt in Ihrer Forschung, dargestellt im folgenden Interview zu der Überzeugung, [Putzen ist wie Meditation](#). Fühlen auch Sie sich nach dem Putzen *putzmunter*?

Mein Haus

Das Haus soll alle nicht dinglichen Umwelteinflüsse symbolisieren, denen Sie in Ihrem Alltag begegnen. Denken Sie also an die Räume Ihrer Wohnung, die Ihres Arbeitsplatzes aber auch die Räume, durch die Sie sich bewegen, auf Ihren täglichen Strecken. Legen Sie diese im Auto zurück? Fahren Sie mit

öffentlichen Verkehrsmitteln? Welchen möglicherweise schädlichen Umwelteinflüssen sind Sie ausgesetzt? Leben Sie in einer Stadt, auf dem Land? Welchen Luftverschmutzungen, Lichtverschmutzungen, Umweltgiften, Lärmbeeinträchtigungen usw. sind Sie in welchem Maße ausgesetzt? Beginnen Sie in Ihrem Bett: Wie gut schlafen Sie auf Ihrer Matratze? Wie ist die Luftqualität in Ihrer Wohnung? Wie viele (synthetischen) Duftstoffe umgeben Sie, mit welcher Wirkung? Wie sind die Lichtverhältnisse an Ihrem Arbeitsplatz, in Ihrer Wohnung?

„Dies alles zusammen nun: die steinernen Truhen mit den vielen Menschen, die hohen Steinspalten, die hin-und-herziehen wie tausend Flüsse, die Menschen darin, das Lärmen und Tosen, der schwarze Sand und Rauch über allem, ohne einen Baum, ohne Himmelsblau, ohne klare Luft und Wolken- dies alles ist das, was der Papalagi eine „Stadt“ nennt. (...) Ist der Papalagi stolz auf die Steine, die er zusammentrug? Ich weiss es nicht. Der Papalagi ist ein Mensch mit besonderen Sinnen. Er tut vieles, das keinen Sinn hat und ihn krank macht, trotzdem preist er es und singt sich selber ein schönes Lied darauf.“ (Scheuermann & Tuiavii, 1991, S. 35)

Wir weiten den Blick des Hauses und seiner Dinge hin zu der natürlichen Umwelt. Ich lade Sie ein, sich der heilsamen Wirkung von Naturerlebnissen bewusst zu werden. Lesen Sie diesen [Text](#) oder diesen kurzen [Zeitungsartikel](#), der einige Studien zusammenfasst und feststellt: Natur ist noch gesünder als gedacht. Hören Sie das [Lied](#) von Nina Simone, in welchem diese Beziehung gut zum Ausdruck kommt. Ein paar Textzeilen:



Birds flying high, you know how I feel
Sun in the sky, you know how I feel
Breeze driftin' on by, you know how I feel
It's a new dawn
It's a new day
It's a new life for me, yeah (...)
And I am feeling good

In anderen Worten:

Asyl

Wenn du ein tiefes Leid erfahren,
Tief schmerzlich, unergründlich bang,
Dann flüchte aus der Menschen Scharen;
Zum Walde richte deinen Gang!

Die Felsen und die Bäume wissen
Ein Wort zu sagen auch von Schmerz;
Der Sturm, der Blitz hat oft zerrissen
Die Felsenbrust, das Waldesherz.

Sie werden dir kein Trostwort sagen,
Wie hilfreich die Menschen thun;
Doch wird ihr Echo mit dir klagen
Und wieder schweigend mit dir ruh'n.

[Ludwig August Frankl von Hochwart](#)

(1810 - 1894), Arzt, Journalist, Schriftsteller und Dichter



Selbstreflexionsimpulse (optional):

Begeben Sie sich in Aktion. Bitte nutzen Sie die Möglichkeit, sich im Forum zu nachfolgenden Impulsen auszutauschen.

- Erstellen Sie (in Ihrem **Selbstsorgeheft**) anhand von WOOP Ihr persönliches Ziel, das mit den oben vorgestellten Themenbereichen zu tun hat (z.B. Entrümpeln, mehr Zeit draußen verbringen, achtsam putzen, Konsumverhalten ändern, Aufräumtechniken anwenden, Giftstoffe verringern und zukünftig vermeiden).
- **Ausmisten:** Planen Sie für die folgende Aufgabe (inspiriert nach Marie Kondo) mind. 1 h Zeit ein: Suchen Sie sich eine Kategorie an Dingen

(alles Geschirr, alle Stifte, alle Unterlagen, alle elektrischen Gegenstände etc) aus. Anders, als Sie es vielleicht gewohnt sind, sortieren Sie nicht ein Zimmer, den Schreibtisch, oder jene Schublade aus. Am geeignetsten zum Beginnen mit dieser Methode laut M. Kondo ist die Kleidung, da sie uns am nächsten kommt. Wenn Sie sehr viel Kleidung besitzen, dann bilden Sie eine Unterkategorie, auch hier bietet sich an, mit der Unterwäsche zu beginnen. Holen Sie also alle Gegenstände (auch die, die in der Wäsche oder im Keller oder sonst wo sind) der von Ihnen erwählten Kategorie an einen Ort. Vielleicht erstaunt Sie schon die schiere Anzahl? Nehmen Sie nacheinander jeden einzelnen Gegenstand zur Hand. Überprüfen Sie das Gefühl, das dieser Gegenstand in Ihnen auslöst. Stellen Sie sich die Frage: **Macht mir der Gegenstand Freude?** Der Gedanken: Könnte irgendwann hilfreich sein! bedeutet ganz klar: Entsorgen! Auch wenn Sie feststellen, es bleibt keine einzige Unterhose mehr in Ihrem Schrank. Gefühle der Schuld oder andere negative Gefühle (wurde mir geschenkt und gefällt mir nicht, war so teuer, hat mir mal gepasst, erinnert mich an etwas Negatives, wird mir mal passen, usw.). Freude kann auch bedeuten, dass Sie schlicht die Funktionalität eines Gegenstandes schätzen. Die Dinge, die wir wirklich brauchen, machen unser Leben glücklicher. Gehen Sie gedanklich gerne die im Kapitel genannten Themengebiete durch und entscheiden Sie sich eindeutig dafür den Gegenstand zu behalten oder aber ihn zu entsorgen (ggf. zu verschenken, umzufunktionieren, zu verkaufen, wegzuwerfen). Denken Sie an die Ergebnisse der Glücksforschung und verschieben die Entscheidung nicht auf einen anderen Zeitpunkt. Sie können sich auch einfach vorstellen, was die Gegenstände, bei denen sie sich nicht entscheiden können, fühlen würden, also welches Gefühl, die Tasche mit den noch nicht aussortierten Gegenständen in Ihnen auslösen wird. (Noch mehr Unerledigtes, nicht Entschiedenenes).

- Beobachten Sie Ihren Alltag und zählen für eine Woche zusammen, **wie viele Stunden Sie im Freien verbringen?** Schreiben Sie das Ergebnis in Ihrem Selbstsorgeheft auf und machen ein Brainstorming zu

Frage: Wie können Sie diese erhöhen (z.B. zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Arbeit, Arbeitsgespräche oder private Treffen als Spaziergang gestalten). Organisieren Sie Ihren Alltag nach diesem Aspekt für die kommende Woche neu.

6.2 Meine Zeit

Bevor wir uns erneut als Papalagi outen lassen, lassen Sie uns mit einem Zitat Schillers beginnen: „Die Zeit ist des Menschen Engel“. Was mag er damit gemeint haben?

Der Papalagi hat keine Zeit

Der Papalagi liebt das runde Metall und das schwere Papier, (...) er liebt vor allem auch das, was sich nicht greifen lässt und das doch da ist- die Zeit. Er macht viel Wesens und alberne Rederei darum. Obwohl nie mehr davon vorhanden ist, als zwischen Sonnenaufgang und- untergang hineingeht, ist es ihm doch nie genug.

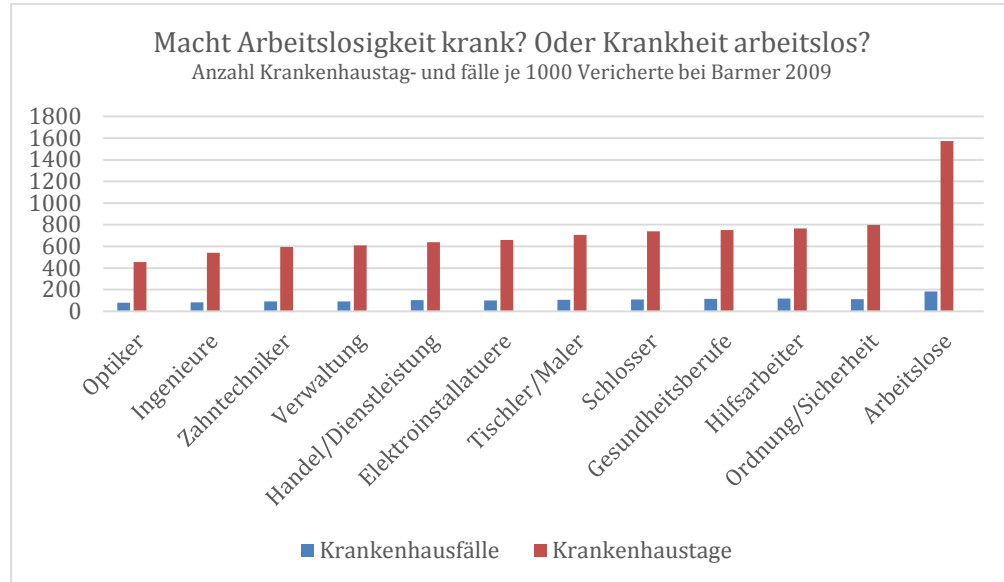
Der Papalagi ist immer unzufrieden mit seiner Zeit, und er klagt den großen Geist dafür an, dass er nicht mehr gegeben hat. Ja er lästert Gott und seine grosse Weisheit, indem er jeden neuen Tag nach einem ganz gewissen Plane teilt und zerteilt. (...) Alle Teile haben ihren Namen: Sekunde, Minute, Stunde. (...) 'Gib mir doch etwas Zeit.' Das sind Klagerufe des weissen Mannes. Ich sage, dies möchte eine Art Krankheit sein; denn angenommen, der Weisse hat Lust, irgendetwas zu tun, sein Herz verlangt danach, er möchte vielleicht in die Sonne gehen (...). So verdirbt er sich zumeist seine Lust, indem er an dem Gedanken haftet: Mir ward keine Zeit, fröhlich zu sein. Die Zeit wäre da, doch er sieht sie beim besten Willen nicht. Er nennt tausend Dinge, die ihm die Zeit nehmen, hockt mürrisch. Und klagend über seine Arbeit, zu der er keine Lust hat, an der er keine Freude hat, zu der ihn auch niemand zwingt als er sich selbst. Sieht er dann aber plötzlich, dass er Zeit hat, dass sie doch da ist (...), so fehlt ihm wieder die Lust, oder er ist müde von der Arbeit ohne Freude. (...) Der Papalagi wendet seine ganze Kraft auf und gibt alle seine Gedanken daran, wie er die Zeit möglichst dick machen könne. Er nutzt das Wasser und Feuer, den Sturm und die Blitze um. Die Zeit aufzuhalten. (...) Ich

glaube, die Zeit entschlüpft ihm wie eine Schlange in nasser Hand, gerade weil er sie zu sehr festhält. Er lässt sie nicht zu sich kommen. Er jagt immer mit ausgestreckten Händen hinter ihr her, er gönnt ihr die Ruhe nicht, sich in der Sonne zu lagern. Sie soll immer ganz nahe sein, soll etwas singen und sagen. Die Zeit ist aber still und friedfertig und liebt die Ruhe und das breite Lagern auf der Matte.“

(Scheuermann & Tuiavii, 1991, S. 61–65)

Carpe Diem: Über die Zeitnutzung

Sobald wir über Zeit sprechen, geht es auch darum, was wir mit dieser Zeit tun. Eine wichtige Gründungspersönlichkeit der Ergotherapie, der schweizerisch-US-amerikanische Psychiater Adolf Meyer, formulierte vor ca. 100 Jahren die Grundannahme, (sinnvolle) Betätigung sei ein zentrales menschliches Bedürfnis, welches Gesundsein- und werden ermöglicht. (Scheepers, Steдинг-Albrecht, Jehn, & Berting-Hüneke, 2007, S. 3). Er entwickelte ein Modell das die Notwendigkeit der **balancierten Einteilung von Zeit** in **The big Four: Sleep, Work, Play and Rest** definiert. (Meyer, Adolf, 1977, S. 641). Heute gibt es weitaus ausdifferenzierte Modelle innerhalb der Ergotherapie, die sich mit Zeitnutzung und Tätigkeitsanalysen in Ihren Wechselbeziehungen zur Umwelt, dem Menschen und seiner Gesundheit beschäftigen. In der breiten Gesellschaft spricht man von Work-Life-Balance. Aus der Ergotherapie heraus entstand ein Wissenschaftsbereich, der sich **Occupational Science** nennt. Hier werden Zusammenhänge von Handlung und Betätigung auch losgelöst von (ergo)therapeutischen Fragestellungen erforscht. Ein Themenbereich der Occupational Science, der auch ergotherapeutische Relevanz hat, nennt sich **Time-Use**: Wie verbringen Menschen Ihre Zeit? Welche (Wechsel) Beziehungen sind mit dieser Frage verbunden? In dieser Denkweise lassen sich auch Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit detailreich analysieren. Zum Beispiel geht es auch um die Frage, weshalb Arbeitslose häufiger krank sind, oder Kranke häufiger arbeitslos? Folgende Grafik der Barmer Krankenkasse verschafft einen Überblick über die Korrelation von Arbeitslosigkeit und Krankheit.



Eigene Darstellung nach [Barmer GEK Report Krankenhaus 2010](#)

Auf eine hervorstechend prägnante Fragestellung bringt es die Ergotherapeutin Ann Wilcock, die (Mit-) Gründerin der Occupational Science ist: Sie fragt in einem [empfehlenswerten Artikel](#), ob das, was wir tun (Occupation) und Gesundheit nicht bei genauerem Hinsehen vielleicht ein und dasselbe seien?



Health = Occupation

In etwas detailliertere Weise formuliert Sie:

„(...), my theory about the health relatedness of the occupational nature and needs of people is remarkably simple. It is that **doing, being, becoming and belonging are essential to survival and health. Or d+b3=sh.**⁷ The introduction of the fourth element – belonging – might be surprising. It emerged strongly from my ongoing research into doing, being and becoming as the contextual element, of the connectedness of people to each other as they do and of the major place of relationships within health.“ (Wilcock, 2007, S. 5).

Dieser ergotherapeutische Blickwinkel auf deutsch zusammengefasst: Das Tun, Sein, Werden sowie die Zugehörigkeit (in allen ihren Wechselbeziehungen) bestimmen über Leben und Gesundheit.

Bevor in den folgenden Unterkapiteln die vier Hauptbereiche der Zeiteinteilung (Schlaf, Spiel, Erholung, Arbeit) etwas genauer betrachtet werden, kommen

wir auf Aristoteles zurück und die Eudaimonie. Während diese davon ausgeht, dass das gute Leben aus der **aktiven** wertorientierten Gestaltung erblüht, hegt der Hedonismus die Überzeugung: gute Gefühle machen ein gutes Leben aus, also ein passiveres Bild. (Tip: Passend dazu finden Sie in folgendem nicht-ergotherapeutisch sondern journalistischen Artikel Details über die Wichtigkeit der Bedeutung von Betätigung (New Yorker, Storr (2016) [A better kind of happiness: Finding a meaningful project](#)).



Schlaf

Ein wichtiger und (gesellschaftlich) vernachlässigster Zeitfaktor ist der Schlaf. Schauen Sie sich bei Interesse den [Vortrag](#) (21 min, englischsprachig mit deutscher Übersetzung) an, oder legen sich anstelle dessen für 20 min. hin. Sollten, wollen oder können Sie Ihren Schlaf verbessern? Ein Aspekt des Schlafes, das Träumen, kann [hier](#) unter die Lupe genommen werden, im Hinblick auf ihren Wert auf unser Leben.

Aktivitäten des täglichen Lebens und Freizeit

Ergänzen ließe sich diese Unterüberschrift mit den Begriffen Erholung, Nichts-Tun, Hobbies. Anders als von Meyer vorgeschlagen, fasse ich hier gedanklich **Play und Rest** zusammen. Eine weitere Unterscheidung, die in der Time-Use Forschung erfolgt, ist die in **aktive und passive Zeitgestaltung**. Sie dürfen sich Ihre eigenen Gedanken dazu machen, womit genau Sie Ihre freie Zeit verbringen. Hier ein paar mögliche Leitfragen: Haben Sie freie Zeit? Wann hatten Sie das letzte Mal **Langeweile**? Wie fühlt sich diese an? Erholen Sie sich bei aktiven oder passiven Tätigkeiten besser? Weshalb tun Sie das, was Sie in Ihrer Freizeit tun? Sind Sie ehrenamtlich tätig - warum? Unterscheiden Sie sich in Ihrem Selbstverständnis davon, wer Sie sind, in Ihrer Freizeit zu dem, wer Sie in Ihrer Arbeit sind? In Ihrer Familie? Anders gefragt: wie viele Rollen nehmen Sie in Ihrem Alltag ein? Zählen Sie Hausarbeit zu Freizeit, oder zur Arbeit? Wie ist es mit der Selbstpflege, den Aktivitäten des täglichen Lebens? Wie sortieren Sie die Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen ein? Haben Sie Ihr Hobby zum Beruf gemacht oder würden das gerne? Wie

verändert sich Ihr Freizeitverhalten im Laufe Ihres Lebens? Welche Rolle spielen bei Ihnen Tätigkeiten, die Sie mit der Hand durchführen? Handarbeiten, Handwerk? Welche Rolle spielt Kunst und Musik? Nutzen Sie diese passiv, aktiv? Wann und wodurch kommen Sie in den sogenannten Flow? Spielen Sie?

Arbeit

Der äußerst hohe Stellenwert von Arbeit in unserer Gesellschaft zeigt sich nicht allein in oben aufgeführter Weise im starken Zusammenhang zwischen Krankheit und Arbeitslosigkeit. Lassen Sie uns darüber etwas weiter nachdenken. Beginnen Sie mit einem kurzen [Video](#) (6 min.) das uns auf künstlerische Weise im Gegensatz zur Wichtigkeit der Arbeit mit der Sinnlosigkeit gewisser Berufe konfrontiert und Ihnen ein hoffentliches gutes Gefühl geben kann, einen sinnerfüllten Beruf im Gesundheitsbereich auszuüben.



Jeder Papalagi hat einen Beruf. Es ist schwer zu sagen, was dies ist. Es ist etwas, wozu man viel Lust haben sollte, aber zumeist wenig Lust hat. Einen Beruf haben, das ist: Immer ein und dasselbe tun. Etwas so oft tun, dass man es mit geschlossenen Augen und ohne alle Anstrengung tun kann. (...) Es gibt eigentlich nichts, das ein Mann tun könnte, aus dem der Papalagi nicht einen Beruf macht. (...) Erst der Beruf gibt jemandem eine rechte Vollmacht zu seinem Tun. (...)

Der grosse Geist gab uns unsere Hände, dass wir die Frucht vom Baume brechen, die Taroknolle aus dem Sumpfe heben könne. Er gab sie uns, um unseren Leib zu schützen gegen Feinde, und er gab sie uns zur Freude bei Tanz und Spiel und allen Lustbarkeiten. Er gab sie uns aber sicher nicht, dass wir nur Hütten bauen, nur Früchte brechen oder Knollen heben, sondern sie sollen unserer Diener und Krieger sein zu allen Zeiten und bei allen Gelegenheiten. (...)

Es gibt in Europa wohl mehr Menschen, als Palmen auf unserern Inseln, deren Gesicht aschgrau ist, weil sie keine Freude an ihrer Arbeit kennen, weil ihr Beruf ihnen alle Lust verzehrt, weil aus ihrer Arbeit keine Frucht, nicht einmal ein Blatt wird, sich daran zu freuen. Und darum lebt ein glühender Hass in den

Menschen der Berufe. Sie alle haben in ihrem Herzen ein Etwas wie ein Tier, das eine Fessel festhält, das sich aufbäumt und das doch nicht los kann. Und alle messen ihre Berufe aneinander voll Neid und Missgunst, man spricht von höheren und niedrigeren Berufen, obgleich doch alle Berufe nur ein Halbtun sind. Denn der Mensch ist nicht nur Hand oder nur Fuss oder nur Kopf; er ist alles vereint. Hand, Fuss und Kopf wollen gemeinsam sein. Wenn alle Glieder und Sinne zusammentun, nur dann kann sich ein Menschenherz gesund freuen, nie aber, wenn nur ein Teil des Menschen Leben hat und alle anderen tot sein sollen. Dies bringt den Menschen in Wirrnis, Verzweiflung oder Krankheit. (...) Und dies ist es, was uns von den Weissen scheidet. Der Papalagi seufzt, wenn er von seiner Arbeit spricht, als erdrücke ihn seine Bürde; singend ziehen Jünglinge Samoas ins Tarofeld, singend reinigen die Jungfrauen die Lendentücher am strömenden Bach. (Scheuermann & Tuiavii, 1991, S. 87–92)

Auch die Schriftstellerin Juli Zeh konstatiert:

„Warum reden wir nicht mal über Arbeit? Überlegen uns, ob wir nicht eine neue Definition dieses Gedankenkonzepts brauchen. Geht dieses „immer schneller, immer weiter“ noch, wenn unsere Ressourcen endlich sind und alle Wirtschaftsforscher prognostizieren, dass ganze Jobbranchen wegen der Digitalisierung vom Aussterben bedroht sind? Arbeit soll ja heute Selbstverwirklichung sein. Die Identität baut sich auf den Job auf. So werden wir alle zu Selbstausbeutern. Schlecht gerüstet für die Zukunft. (...) Aber ich meine was anderes, wenn ich von Arbeit rede. Was mache ich von acht bis 18 Uhr, und wie fühle ich mich dabei? Wenn ich ins Büro gehe, meine Kollegen treffe, meine Aufgaben kriege. Was ist mein Status? Dieses komplexe System mit seinen Sozialstrukturen, seinen Dynamiken. Die Arbeitslosen, die ich kenne, leiden am meisten nicht an wirtschaftlicher Armut, sondern an Schuldgefühlen: dem Eindruck, nicht mehr zur Gesellschaft zu gehören. Auch das ist symptomatisch für unsere Zeit.“ (Juli Zeh, 2018)

Erweitern Sie Ihre Auseinandersetzung mit Arbeit in der Frage, warum wir in unserem Sprachverständnis Arbeit als Mühe, als etwas, das geleistet werden muss und dann besollt werden kann, sehen? Weshalb ist das, was wir bezahlt bekommen eine Anstrengung, und wenn wir etwas sehr Ähnliches in der Freizeit machen, bezahlen wir teilweise dafür? Darf Arbeit auch Spaß machen? Wofür benötigen wir eigentlich diese Unterteilung in Arbeit und Freizeit? Warum bezahlen wir besonders mühevollen Arbeiten häufig geringer? Lesen Sie die Textauszüge von Jean Liedloff: Auf der Suche nach dem verlorenen Glück. S.18-22. Wahrscheinlich ist Ihnen auch die „Anekdote zur Senkung der Arbeitsmoral“ (1963) von Heinrich Böll bekannt? Schließen Sie diese Gedanken mit einer überlieferten Kindheitsgeschichte von John Lennon ab. Der kleine John ist in der Schule und wird von der Lehrerin gefragt, was er werden wolle. Er erwiderte: „Glücklich“. „Das hast du falsch verstanden.“ antwortete die Lehrerin. „Nein“ sagt daraufhin der kleine Lennon, „nicht ich habe die Frage falsch verstanden, Sie haben das Leben falsch verstanden“.



Im Folgenden ein paar Ideen, tauschen Sie sich gerne zu eigenen Gedanken, Anregungen auf der Lernplattform aus:



- Drucken Sie sich aus der Time-Use Forschung (Krupa, T. (2018): *Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden (Action over Inertia) Zeitnutzungsprotokolle* Handeln ermöglichen die **Zeitnutzungsprotokolle** aus und notieren sich darin ihren typischen Alltag. Am besten Sie notieren den letzten Wochentag und den letzten Tag des Wochenendes.
- Wenn Sie die Protokolle fertig haben, dann notieren Sie sich, wie viel Zeit Sie in den vier Bereichen: Arbeit, Freizeit (aktiv), Erholung und Schlaf verbringen. Welche Bereiche kommen zu kurz?
- Stellen Sie fest, dass Ihr Alltag Sie zu einseitig fördert? Welche Varianten könnten Abhilfe schaffen? (Teamsitzungen draußen, Klientengespräche beim Spaziergang, Telefonat statt E-Mail,...)
- Im nächsten Schritt können Sie sich Tätigkeiten überlegen, die die fehlenden Bereiche abdecken könnten. Wenn Sie wollen, können Sie als Inspiration eine [Interessenscheckliste](#) (eine sehr gängige ergotherapeutische Methode).

- Wenn Sie zu dem Ergebnis kommen, Sie wollen gerne für mehr Ausgeglichenheit durch andere Tätigkeiten kommen, so planen Sie diese Verhaltensänderung mit der WOOP Methode.

Das Geld

Wie im vorherigen Abschnitt zur Arbeit deutlich wird, ist diese meist dadurch gekennzeichnet, dass Sie eine Verbindung zum Lohn hat. Geld lässt sich in unserer Gesellschaft in paradoxer Weise mit Zeit verbinden. Im Yale Online Seminar über Glück (Santos) werden Zeit und Geld auch behandelt und inhaltlich von Sternbergh folgendermaßen zusammengefasst: Wenn wir vom Wohlstand als Analogie sprechen, dann sind sowohl Zeit als auch Geld die Rohstoffe: wir sehen sie zum Teil als gleichbedeutend an, wenn wir sagen, Zeit ist Geld. Wir sehen beide als rar und deswegen wertvoll an. Wir geben, verschwenden und sparen sowohl Zeit als auch Geld. Jedoch, so stellt sich heraus, sind wir sehr schlecht darin, Zeit und Geld in korrekter Weise wertzuschätzen-teilweise deswegen, weil wir sie nicht als die Rohstoffe erkennen, die sie wirklich sind. Santos (im Yale Kurs zu Happiness) beruft sich auf Studien (Ashley Willians, Elizabeth Dunn) in denen untersucht wurde, wie sich die Wertschätzung von Zeit und Geld unterscheidet und wie diese Einstellungen unser Wohlempfinden beeinflussen. Der erste Unterschied: Geld ist sehr anpassungsfähig, es ist elastisch. Wir können theoretisch unendlich viel anhäufen, wir verdienen unterschiedlich viel zu verschiedenen Zeitpunkten in unserem Leben. Zeit hingegen ist in sich gleichbleibend: Wir haben immer genau gleich viel davon. Ein weiterer unlogischer Unterschied besteht darin, dass wir es als Statussymbol ansehen, wenn jemand eine Fülle an Geld besitzt, es jedoch (laut der Ergebnisse in westlichen Kulturen) als schamvoll empfinden, wenn jemand über eine Fülle von Zeit verfügen kann. Jeder ist immer beschäftigt. In einer weiteren Untersuchung der oben genannten Wissenschaftler wurde Teilnehmer*innen die Wahl gegeben, eine Geldsumme für eine Dienstleistung auszugeben, die Ihnen Zeit spart und im anderen Durchlauf durften sie sich für das Geld etwas Materielles kaufen. Der erste Durchlauf war statistisch für die meisten der sie glücklicher machende. Zusammengefasst könnte man dies als die Überlegenheit der Reduktion von Zeitdruck bezeichnen

(Adam Sternbergh, 2018). Diese Überlegungen scheinen erst dann relevant, wenn ausreichend Geld vorhanden ist. In teils prekär bezahlten Gesundheitsberufen hat die Tatsache, dass Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind, ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko haben, relevanter für das gute Leben. Bei Interesse über Zusammenhänge darüber, das Geld zwar nicht glücklich, statistisch bis zu einem gewissen Punkt jedoch gesünder und länger lebend macht, können Sie z.B. den [Bericht](#) des Robert Koch Institut: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit (2005) lesen.

Weiterführendes:

Wer sich einen englischsprachigen [Vortrag](#) (12 min.) der Autorin Dunn anschauen möchte: Oder ein Interview der beiden Co-Autoren, in welchem sie die fünf Prinzipien glücklichen Geldausgebens beschreiben:

Fünf Prinzipien:

1. Erlebnisse kaufen anstatt Dinge.
2. Etwas zum ganz besonderen Genuss machen (sich nur einmal Eis im Monat kaufen statt täglich, nur 1 Kaffee statt 3 am Tag)
3. Zeit statt Materielles kaufen (für Dienstleistungen bezahlen)
4. Etwas jetzt bezahlen und später genießen (statt andersrum: Schulden machen)
5. In Andere investieren (Geld verschenken, spenden, jemanden unterstützen)



Rhythmus und Routine

Wenn über Zeiteinteilung und das Leben gesprochen wird geht es auch um Rhythmus und seiner lebensnotwendigen Wichtigkeit: **Rhythm is it**. In der Natur aber auch in der Gesellschaft ist Vieles nach Rhythmen eingeteilt. Der Mondkreislauf, die Jahreszeiten, Ebbe und Flut, oder auch Tag- Nachtzeiten, Kalenderzeiten, alltägliche Routinen. Auch der menschliche Körper funktioniert rhythmisch, zum Beispiel unser Herzschlag. Auch unser Tun ist mehr o-

der weniger davon betroffen, sei es der Schlaf- Wachrhythmus, der sich idealerweise nach den Lichtverhältnissen orientiert. In Alltagshandlungen sprechen wir eher von einer Routine als von Rhythmus. Sowohl der Rhythmus als auch die Routine, so stelle sich für die Selbstsorge die These auf, besitzen heilsame Kräfte, wenn sie zur Hilfe genommen werden. Ganz direkt kann dies verstanden und umgesetzt werden durch Musik, Tanz und Rhythmus als Anwendung „You can change your life in a Dance Class“ (Zitat aus dem Trailer zu Rhythm is it) und das Gleiche gilt sicher für die Musik, die ohne Rhythmus nicht zu denken ist. Versuchen Sie, dem Geheimnis des Grooves in folgenden [Videos](#) näher zu kommen zu folgenden Themen: Rhythmus im Gehirn, Rhythmus statt Schmerzbehandlung und Doping, therapeutische Anwendungen von Rhythmus.

Welche Rolle spielen rhythmische Tätigkeiten in Ihrem Leben? Tanzen, singen, rappen, beatboxen, musizieren Sie?

Weitere Gedanken führen vom Rhythmus zur Routine, zur Macht der Gewohnheiten. Um eine Verhaltensänderung umzusetzen, muss diese zur Gewohnheit gemacht werden. Gleichzeitig lauert in alten Gewohnheiten eine große Gefahr, alten Verhaltensweisen Vorrang zu geben. Der Trick scheint, sich sämtlich erwünschtes Verhalten in alltägliche Strukturen zu integrieren. Sternbergh greift in seinem Artikel Thesen von Duhigg (2013, Die Macht der Gewohnheit: Warum wir tun, was wir tun) auf, welcher beschreibt wie Wissenschaftler einen sog. **Loop** als Kern unserer Gewohnheiten ausmachen. Dieser Loop sei: **Schlüsselmoment, Routine, Belohnung**. Der Schlüsselmoment könnte zum Beispiel das Hungergefühl sein, die Routine, dass man zum Süßigkeiten Automaten geht und die Belohnung der Schokoriegel. Der Autor schlägt vor, sich zu überlegen, welche Tätigkeiten echte, langanhaltende Belohnungen des eigenen Verhaltens sein könnten. Er schlägt vor, zwei der besten Dinge, wirkliches Glück betreffend, die Sie tun können, seien: 1. Beginnen Sie ein Gespräch mit einem fremden Menschen oder 2. üben Sie Achtsamkeit in diesem Moment. (Adam Sternbergh, 2018). Zum Thema Routine und wie man Gewohnheiten neu überdenken kann, hat auch die Glücksautorin Rubin veröffentlicht. Sie plädiert dafür, erst die eigene Routine zu analysieren (den eigenen Loops auf die Schliche zu kommen), sie dann langsam (z.B. mit Hilfe

der WOOP Methode) zu verändern und dabei die Individualität stets zu beachten, wie zum Beispiel, dass es Tag- bzw.-Nachtmenschen gibt.



Weiterführende Tipps:

- **Ordnung als tägliche Routine: Machen Sie Ihr Bett!** Gretchen Rubin, die Glücksexpertin berichtet, dass dieses einfache Mittel ihrer Leserschaft als häufigste gewinnbringende Alltagshandlung zurückgemeldet wurde und Unterstützung findet Sie [hier](#).
- Wenn Sie sich eine spirituelle Herangehensweise für mehr Ruhe in Ihren Alltagsroutinen vorstellen können, ein 8 min deutschsprachiges Video von [Anselm Grün](#): Wie Rituale uns Kraft im Alltag geben.

Zeitmanagement

Neben dem Geordnetseins Ihres Umfeldes, gibt es auch die Möglichkeit, die Ordnung Ihrer Zeiteinteilung zu überdenken. Lesen Sie dazu folgendes Kapitel zum Selbstmanagement in Gesundheitsberufen:



Regnet, E. (2011). Arbeits-und Organisationstechniken. In H.-W. Hoefert (Hrsg.), Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. Huber. S. 213 –224.

Für weitere Methoden können Sie sich [hier](#) etwas zur effektiveren Zeitgestaltung finden. Suchen Sie sich eine Methode aus und strukturieren Sie sich einen Arbeitstag, eine Arbeitswoche.



Wichtigkeiten klären

Nachdem Sie in den vorherigen Unterkapiteln darüber nachgedacht haben, dass es Methoden gibt, die Zeit effektiver zu gestalten, sich unsere Gesellschaft aber auch immer schneller dreht und dazu Ihr Leben noch endlich ist, sollen Sie jetzt innehalten, und sich überlegen: Was ist mir eigentlich auf mein gesamtes Leben gesehen wirklich wichtig? Was genau probieren Sie eigentlich effizient zu gestalten? Kennen Sie das [Glasesperiment](#)? Lesen Sie ggf. das fiktive Experiment zur Zeitnutzung. Denken Sie über die Ihnen wichtigen Steine nach, notieren Sie diese. Handelt es sich zum Beispiel um Gesundheit? Familie? Nun gehen Sie erneut zu der von Ihnen gewählten Zeitmanagement

Methode. Egal, welche Sie gewählt haben, oder ob Sie vielleicht bei Ihrem auch so schon effizient organisierter Arbeitsweise geblieben sind: Tauschen Sie bei Bedarf Prioritäten aus (vielleicht ist mittelfristig gesehen es nicht die Abgabe der Bachelorarbeit, sondern vielleicht: mind. drei Monate ohne Rückenschmerzen) und ergänzen To-Do Listen mit den Schritten, die Sie dahingehend gehen wollen (Heißt ein Stein Gesundheit, dann heißt vielleicht eine tägliche dringliche Priorität Spaziergehen oder auch Meditation). Wenn für Sie Themen wie Freiheit, Kreativität, vielleicht auch Mit-Sich-in-Verbindungsein oder dergleichen eine Rolle spielen, ließe sich überlegen, wie relevant für das Erreichen solcher Ziele eventuell auch Nichts-Tun, Müßiggang, Langeweile sein können und ob Sie diesen eine regelmäßige Priorität in der Effizienz des Zeitmanagements einräumen. Wie demonstriert wurde, käme es hier auf die Reihenfolge an. Übersetzt heißt das vielleicht: wenn Sie besonders viel zu Arbeiten haben, dann sollten Sie genau dann die Priorität auf besonders viel meditieren, schlafen, schwimmen oder was Ihnen persönlich guttut, setzen. Aber: Entsteht Muße dann, wenn Sie sich die Zeit dafür explizit nehmen? Können wir uns zum Entschleunigen bringen durch Zeitmanagement?

Beschleunigung

Die Knappheit der Ressource Zeit gilt gemeinhin als Grundlage von Burn-Out und Stress. Denken wir über Beschleunigung nach. Einstimmend schauen Sie sich in ca. 2 Minuten den [Trailer](#) zum Film „Speed“ an.



Der Soziologe Hartmut Rosa hat nachdem er zum Thema der Beschleunigung geforscht hat, das Modell der Resonanz entwickelt. Schauen Sie sich einen Vortrag an, in dem er über die Unsichtbarkeit von Zeit und der Zeitnutzung zum gelingenden Leben spricht. ([Vom Schweigen der Welt und der Sehnsucht nach Wiederhall](#)).



Sie können tiefer in seine Thematik eintauchen, zum Beispiel über einen aktuelleren und ausführlicheren [Vortrag](#) (Dauer 60 min plus Diskussion)

Der Begriff der Resonanz (eine Soziologie des guten Lebens) wird auch als Well-Being Modell gebraucht. Da ich das Konzept als besonders wertvoll in Bezug zur Burn-Out Thematik erachte, bitte ich Sie, sich Resonanz so zu erarbeiten, dass Sie Ihre eigene Position dazu finden.



e-tivity 9

Schauen Sie sich den [Vortrag von Hartmut Rosa](#) an. Beantworten Sie sich schriftlich als Zusammenfassung beispielhaft folgende Fragen (ggf. sind Ihnen andere Schwerpunkte wichtiger – gern auch diese):

- Wie kommt es zur **Beschleunigung**?
- Welche Auswirkungen hat Beschleunigung (auf wen oder was). Was meint Rosa mit dem Begriff **Weltreichweitenvergrößerung**?
- Weshalb und in welchen Bereichen postuliert der Soziologe die Weltreichweitenvergrößerung als problematisch?
- Wie stellt er die **Beziehung zum Burn-Out** dar?
- Welche **fünf Kernelemente der Resonanz** nennt Rosa?
- Welche verschiedenen Ebenen oder Erfahrungsmöglichkeiten der Resonanz beschreibt er? Welches Verhältnis hat die Resonanz zur Religion?

Schicken Sie eine kurze Zusammenfassung der Ihnen wichtigen Inhalte (max. 800 Worte) an die nächste Person im Alphabet Ihrer interprofessionellen Gruppe. Schreiben Sie ein Minifeedback der Person, die Ihnen die Zusammenfassung geschickt hat.



Reflexionsimpuls Resonanz (obligatorisch)

Nehmen Sie sich Ihr **Selbstsorgeheft** für folgende Reflexionsübung zur Hand: Was bedeutet Resonanz für mich? Wann erlebe ich Resonanz? Gibt es andere Begriffe, die mir dazu passender erscheinen? Wie kann Resonanz als Idee dafür hilfreich sein, mit Stress umzugehen?



Anregungen:

- Hier ein Hörbeitrag darüber, was rückblickend im Leben zählen kann: Was wir von den [Alten](#) lernen können.
- [Hier](#) können Sie einen ehemaligen Manager nach einem Burn-Out darüber sprechen hören, weshalb er Zeitmanagement als im Bezug zur Stressprävention als kontraproduktiv bezeichnet.

Jetzt!

Meditation, Achtsamkeitslehre, der Buddhismus, Hinduismus und Yoga und viele weitere spirituelle aber auch säkulare Lehren, einzelne Coaches oder Erleuchtete haben gemeinsam, die Aufmerksamkeit gezielt auf diesen einen Moment zu richten: Das Jetzt! Ziel verschiedenster Übungen ist es, zu realisieren, wie häufig wir gedanklich, aber auch in unseren Taten nicht im jetzigen Zeitpunkt verankert sind, sondern uns mit Vergangenem beschäftigen und vielfach auch belasten (wir sehnen etwas zurück oder fühlen uns von Erlebtem belastet) und uns über Zukünftiges häufig sorgen (schaffe ich mein Ziel, was muss ich heute, morgen, dieses Jahr noch alles erledigen, was, wenn etwas Schlimmes passiert, wann komme ich endlich an, was muss ich nachher noch alles machen etc). In dieser Verankerung an Vergangenes und Zukünftiges lassen wir häufig das, was tatsächlich ist, an uns vorbeiziehen. Ungeübte einer sogenannten Praxis der Achtsamkeit empfinden vielleicht Leere und Langeweile, sobald äußere Reize oder die eigenen Gedanken Sie nicht von dem Hier und Jetzt ablenken. Der spirituelle Lehrer Eckhardt Tolle postuliert der Schlüssel (zur Selbsterkenntnis) sei es, die Illusion von Zeit aufzulösen. Die Gedanken und die Zeit beschreibt er als untrennbar. Er erklärt, nimmt man den Gedanken die Zeit und sie hören auf- es sei denn, man entscheidet sich, das Denken bewusst einzusetzen. Sich mit seinen Gedanken zu identifizieren, das sei wie in Zeit gefangen zu sein: im Zwang fast ausschließlich in Erinnerung und Antizipation zu leben. Dieser Zustand erzeugt eine nicht endende (wie er es nennt) Besessenheit mit der Vergangenheit und der Zukunft. Gleichzeitig mit einer fehlenden Bereitschaft, den jetzigen Moment zu würdigen, ihn anzuerkennen und ihm zu erlauben, zu sein. Dieses in seinem Empfinden zwanghafte Verhalten nährt sich aus der Tatsache, dass die Vergangenheit uns eine Identität gibt und die Zukunft das Versprechen von Erlösung oder Erfüllung macht. Beides sind jedoch Illusionen. Zeit bezeichnet er als nicht wertvoll, da sie eben eine Illusion sei. Das, was wir als wertvoll erleben sei genau nicht die Zeit, sondern der einzige Punkt, der außerhalb dieser Zeit liege: das Jetzt. Und das sei in der Tat sehr wertvoll. Je mehr wir uns also auf Zeit fokussieren- Vergangenheit und Zukunft- desto mehr verpassen wir das

Jetzt, der größte Reichtum, den es gibt. Warum das Jetzt reich ist? Weil es das Einzige ist, was es gibt. Das Leben ist nur jetzt. (Tolle & DiCarlo, 2016, S. 40). Bei Gefallen dieser Sichtweise, können Sie sich einen Auschnitt eines Vortrages anschauen: [Leben im Jetzt, aber wie?](#)



Wissenschaftlich beschäftigt sich auch der Nobelpreisträger Kahneman mit der Wahrnehmung von Zeit. Er spricht in diesem empfehlenswerten 20 min. englischsprachigem [Vortrag](#) (mit deutscher Übersetzung) über erstaunliche Studienergebnisse zum Thema, was unser Gedächtnis mit Erlebten macht. Einleitend hält er fest, es gibt kognitive Fallen, die das klare Nachdenken über Glück unmöglich machen. Er stellt fest, dass unsere Wahrnehmung von Glück in ein anderes Licht gerückt werden muss anhand der Unterscheidung des **erlebenden Selbsts** von dem **erinnernden Selbst**. Der Soziologe Hartmut Rosa, äußert sich (Video im letzten Kapitel, zum Thema Resonanz) kritisch dazu, dass die Achtsamkeitslehre (wie auch die obengenannten Ausführungen Tolles zum Jetzt) den Menschen von seiner Erfahrung und Erinnerung durch den Fokus nur auf das Hier und Jetzt trenne. Die intensive Wahrnehmung des jetzigen Momentes geschehe häufig genau in den Momenten äußerst lebhafter Erinnerung. Wie zum Beispiel der Geschmack eines Brotes, das einen den kindlichen Bäckerbesuch vor Augen führe, oder die berühmte Szene Marcel Prousts mit dem Madeleine, welches in Tee getunkt wird. Dieser Moment, die Erinnerung an einen vergangenen, schaffe die von Rosa propagierte Resonanz, ein Gefühl der Intensität und Verbindung. Passend dazu stellte die Psychologin Esfahani Smith (siehe Kapitel 2.4 Sinn) dar, dass Geschichtenerzählen, also vielleicht eine Art des Verpackens und damit auch Beschäftigens mit Vergangenen, als eine Säule fungiert, die dem Leben Sinn verleihen kann.



6.3 Mein Körper

Schnell und Mitzak (Wessel, 2007, S. 56) beschäftigen sich mit dem Thema der (...) „Ambivalenz der Selbstsorge zwischen Ethik und Macht.“ Sie sind der Auffassung, dass der Mensch sich sorgt „(...), weil er als Mensch endlich ist: Er wird notwendig älter und wird sterben. Pflege setzt diese Leiblichkeit, durch

die der Mensch pflegebedürftig, krank oder behindert sein oder werden kann, voraus. Sie tritt im Kontext der Ethik als Art und Weise, wie Menschen einander Schutz und Achtung gewähren, zweifach in Erscheinung: a) indem der Mensch sich oder andere pflegt, b) indem er umsorgt und gepflegt wird. Die Leiblichkeit versteht sich im Ausgang an die Phänomenologie von der Erfahrung her: Der Leib ist das, durch das sich der Mensch in der Welt befindet und zwar zugleich als erfahrendes Subjekt und auch als Erfahrungsgegenstand. Ohne Leib wäre der Mensch nicht existenzfähig. Der Leib ist insofern transzendental, da er jedem Menschen einen Zugang zu sich selbst, den anderen Menschen und zur Welt ermöglicht. Durch die Grundsätzlichkeit seines Leibes ist der Rahmen der Selbstsorge gesetzt:

1. Der Mensch ist endlich, er muss sterben. Dieses Faktum hat jeder für sich und möglichst unter Anteilnahme anderer auf sich zu nehmen.
2. Der Mensch hat die Möglichkeit, seine befristete Existenz zu gestalten. Die Gestaltung der Existenz geschieht also durch die Selbstsorge (cura sui).“



Ich lade Sie ein, mit einer Reflexion zu beginnen, um Ihrer persönlichen Beziehung zur eigenen Körperlichkeit näher zu kommen. Nähern Sie sich der Vorstellung von Leibhaftigkeit dadurch, dass es zwischen Ihrem Kopf, ich meine damit Ihre Gedanken, und Ihrem Körper eine Beziehung gibt, die Sie in Form einer Reiter*in und eines Pferdes erfahren können. Ihr Kopf ist der/die Reiter*in, der Körper das Pferd. Lassen Sie dieses Bild auf sich wirken und beginnen beispielsweise handschriftlich Erfahrungen aus der jeweiligen Perspektive zu beschreiben. Vielleicht hilft es Ihnen, dies in Dialogform darzustellen? Oder Sie machen zwei Spalten und beschreiben jeweils die Erfahrungen, die der/die Reiter*in mit seinem/ihrer Pferd macht und was das Pferd von seiner Reiter*in denkt. Denken Sie an unterschiedliche Situationen zu unterschiedlichen Lebenszeitpunkten (hat sich das Pferd anders weiterentwickelt im Verlauf des Lebens als der/die Reiter*in?). Was würde der/die Reiter*in dem Pferd gerne mitteilen, was das Pferd seiner Reiter*in? In welchen Lebenssituationen tritt wer mehr in den Vordergrund? Beschreiben, zeichnen o-

der collagieren Sie Ihre Reiter*in und Ihr Pferd. Im Folgenden werden verschiedene Aspekte vorgestellt, die in einer Selbstsorge Praxis den Körper betreffend von Bedeutung sein können.

Sport und Bewegung

Niemand unter Ihnen (ganz besonders nicht die Physiotherapeut*innen) wird der gesundheitlichen Relevanz von regelmäßiger Bewegung und Sport widersprechen; einen Überblick verschiedener Forschungsergebnisse können Sie [hier](#) nachlesen. Auch die Glücksforschung (siehe Kapitel Glück) deutet auf diese Tatsache hin. Hier soll es in Bezug auf die Selbstsorge besonders um Bewegung gehen, die explizit eine Selbstsorgepraxis unterstützt, also Stressreduktion und Burn-Out Prävention. In diesem Bereich sind besonders Achtsamkeitsfördernde Bewegungsformen (Yoga, TaiChi/Qigong) von Vorteil, wie Sie dem folgenden kurzen Artikel entnehmen.



Huber, G. (2017). Bewegung als Weg zur Achtsamkeit und Selbstsorge. Psychotherapie im Dialog, 4/2017. S. 36-39.

Eine Selbstsorgepraxis ist **Yoga**. Diese in Indien beheimatete ganzheitliche philosophische Lehre ist besonders in einigen Aspekten, meist in Form der körperlichen Übungen der sog. Asanas, auch in unseren Gesellschaften zunehmend verbreitet. Auf [Wikipedia](#) oder gerne in spezifischeren und eigenen Quellen können Sie sich bei Bedarf und Interesse einen Überblick über die Hintergründe verschaffen. Der Yogi [Sadhguru](#) gibt in [diesem Interview](#) eine ausführliche Antwort darauf, weshalb Meditation bei manchen Menschen nicht wirkt. Dies ist mitunter eine Kritik an der Operationalisierung der Achtsamkeitslehre und Meditationspraktiken in der westlichen Verwertung und Kürzungen von ganzheitlichen und spirituellen Konzepten. Wie auch im Yoga geht es in den asiatischen Lehren des **Tai Chi/ Qigong** um eine wirkungsvolle und ganzheitliche Praxis der Selbstsorge. Beide Richtungen werden als Bewegungskünste bezeichnet, bei denen die innere Entwicklung eines Menschen die zentrale Rolle einnimmt. Um sich über Hintergründe und Unterschiede zu informieren, können Sie sich [hier](#) umsehen.

Reflexionsimpuls

Nutzen Sie Ihre Expertise, um sich gegenseitig mit den Wirkungen körperorientierter Ansätze zu bereichern.

Sitzen und andere Gefahren des Anthropozäns

In unserer Gesellschaft verbringen viele Menschen viel Zeit sitzend, was als Risiko lange vernachlässigt war. Mittlerweile wird das Sitzen auch schon als das neue Rauchen verhandelt. Schauen Sie sich [hier](#) den Abstract zu einem systematischen Review über schädliche Folgen des Dauersitzens an. Die Wissenschaftler_innen kommen zu dem Ergebniss, dass Dauersitzen erhebliche Krankheitsfolgen nach sich trägt, die nicht durch zusätzliche Bewegung ausgeglichen werden können. Eine Zusammenfassung des Themas können Sie im [Ärzteblatt](#) nachlesen (der durchschnittliche Deutsche sitzt 7h am Tag), oder hier: [Gefahr Stuhl](#) (Auch in Deutschland wird dazu geforscht: Wenn [Dauersitzen](#) krank macht). Weiter gefasst und angeknüpft an das Kapitel der Adlerperspektive kann der Gedanke darin werden, wie uns die von uns selbst geschaffene Welt, das Anthropozän, den Körper formt. Dazu können Sie auch ein ganzes [Buch](#) (Climate Change- Primate Change) lesen. Um ein weiteres Beispiel herauszugreifen, wie menschliche Erfindungen und Technik den Körper schädlich beeinflussen, ist die Gefahr der schlechten Körperhaltung durch Nutzung des Smartphones, der sogenannte Handynacken. Hier einen [Abstract](#) zu einer wissenschaftlichen Studie, hier ein [kurzer Zeitungs-Kommentar](#) in welchem u.a. ein Bild die Zugkraft auf den Nacken anhand des Neigungswinkels des Kopfes dargestellt ist.

Ernährung

Der Markt der Essensratgeber ist groß und unübersichtlich sowie uneinheitlich. Ernährung ist ein Thema, das auch die Gemüter hochkochen lässt, neben der Tatsache, dass es lebensnotwendig ist. Der Ernährungspsychologe Klotter [postuliert](#) Ernährung sei nicht nur Identität, wir verbänden Erlösung und Unsterblichkeit mit ihr, behandelten Ernährung wie eine Ersatzreligion.



Schließlich gehe uns wenig so nahe und es ließen sich viele politischen Positionen und gesellschaftliche Entwicklungen auch über das Essen diskutieren oder abbilden. Essen ist großer Bestandteil unserer Kultur und unseres Zugehörigkeitsgefühles. Wissenschaftliche Erkenntnisse in der Frage, was gesunde Ernährung ist widersprechen sich teilweise stark und zudem scheint es eine Frage vielleicht auch der Mode aber auch von individueller Ernährung zu sein. In der Selbstsorge-Praxis könnte es darum gehen: Welches Essen und welche Essgewohnheiten tun mir (meiner Identitätsstiftung, sozialen und politischen Einstellung, meinen Alltagsgewohnheiten, meinem Glückgefühl, meinem Stressempfinden) und meinem Körper (durch ausgewogene Nährstoffversorgung) gut. Nehmen Sie sich die Zeit, sich selber mit Ihrer Essgewohnheit auseinander zu setzen.

Eine Idee kann es sein, eine Collage/ein Bild in Ihrem Selbstsorgeheft zu erstellen mit dem Gedanken: Du bist, was und wie du isst. Schneiden Sie z.B. die Produkte oder Lebensmittel aus, die Sie regelmäßig essen und legen Sie sie als Bild von sich zusammen ggf. können Sie auch ein Bild malen. Falls Ihnen das nicht liegt, so schreiben Sie möglichst detailgetreu auf, was Sie in den letzten 24h gegessen haben. Schauen Sie sich das Bild oder die Lebensmittelliste (auch vor Ihrem inneren Auge) an mit folgenden beispielhaften Überlegungen:

1. Welche Nährstoffe hat mein Essen?
2. Welche Nährstoffgruppen esse ich vorrangig?
3. Welche Lebewesen esse ich- Pflanzen, Tiere- wie viel Leben ist noch in diesen (wie frisch sind sie)?
4. Wie viel (chemische) Zusatzstoffe verzehre ich?
5. Wie hoch ist der Grad der Verarbeitung meiner Lebensmittel? Könnte ich meine Lebensmittel selber herstellen?
6. Weshalb esse ich (ist es Zeit zum Essen, esse ich aus Hunger oder nur Appetit?)
7. Wie fühle ich mich vor und nach dem Essen?
8. Woher kommt mein Essen, wer hat es zubereitet, wer hatte es in der Hand?

9. Wie esse ich mein Essen, alleine, in Gesellschaft, nebenbei, achtsam, Tisch gedeckt?
10. Was bedeutet mir die Zubereitung von Essen?
11. Habe ich Essensrituale? Tischsprüche, Tischgebete, gemeinsames Anfangen?
12. Kann ich Essen genießen? Was ist Genuß für mich?
13. Habe ich schon eine Ernährungsumstellung gemacht- mit welchen Erfolgen, Erfahrungen?
14. Wofür steht Essen in meinem Leben? Welche kulturellen Aspekte verbinde ich mit meinem Essen- mit wem verbindet es mich, lässt es mich beispielsweise an meine Kindheit erinnern?
15. Wie definiere oder sehe ich mich über meine Essgewohnheit (Bio, Fastfood, vegan, Allesesser, Genießer, selbst gekocht, Fleischliebhaber, Foodie), mit wem einigt und von wem trennt sie mich?
16. Wie stehe ich zu meinem Gewicht?
17. Bin ich zufrieden mit meinem Essverhalten?

Atmung und Stimme

Die Bewegungsangebote sind in der Stressbewältigung geeigneter (siehe o.g. Artikel), die u.a. auch bewusstes Atmen fokussieren. Nicht nur in der Yogapraxis spielt der Atem eine sehr große Rolle, wozu Sie auch in der Präsenzzeit mehr erfahren werden. Welche Atemübungen kennen und nutzen Sie in Ihrem beruflichen oder auch privaten Kontext? Beispielhaft soll hier ein Atem-Stimm-Verfahren angerissen werden, welches in der Behandlung von Burnout eingesetzt werden kann. Ich hoffe auf bereichernde Ergänzungen (besonders aus dem Fachgebiet der Logopädie), vielleicht in Anwendungsform auch in der Präsenzphase. Hemmerich, ein Arzt und Autor zum Thema der Burnout Behandlung beschreibt: „Zwischen Schluchzen und Lachen, zwischen Öffnen und Staunen und den immer feineren Differenzierungen dazwischen entfaltet sich in der Atmung unsere seelische Wirklichkeit. Auch hier gilt die gleichwechelseitige Bedingtheit von Psyche und Körper. So wie die Atmung seelische Zustände ausdrückt, so verändert die Atmung selbst wieder die Stim-

mung. Hier öffnet sich das Tor zu einem heilsamen Trainingsverfahren: Anafonesis.“ Diese Technik könne man auch Atem-Stimm-Entwicklung nennen. Es war ein im griechischen Alterum verbreitetes Heilverfahren für Depressionen und ist heute eher aus der Geburtshilfe vielen bekannt als ‚Tönen‘, wo es aufgrund des Bedürfnisses menschenwürdiger Schmerzerleichterung entstanden ist. „Durch Atem-Stimmführung ist es möglich, auch bei extremen Schmerzzuständen gezielt im Modus des Zeugen sein zu können, wenn es mit Hilfe von Anafonesis gelingt, aus dem Zustand des hilflosen Ausgeliefertseins in die Lage zu kommen, durch Eigentätigkeit in der Achtsamkeit die Schmerzzustände selber zu regulieren. Genau dieser zentrale Umstand- Übergang von erlebter Hilflosigkeit hin zur Initiative- war es, der dazu führte, den Einsatzbereich von Anafonesis auch auf den großen Bereich derjenigen Konstellationen zu erweitern, zu denen neben dem Burnout auch die meisten chronischen Erkrankungen (...)“ und Stresszustände liegen. Inhaltlich geht es darum expressive Anteile unserer Stimme ohne Artikulation einzusetzen, wie dies sonst nur im Weinen, Lachen oder im Schmerz geschieht. Beim Tönen der Vokale entfalten sich je nach Vokal ganz spezifische Resonanzkörper. Im Verlauf der Anwendung können feinste Veränderungen im eigenen Klang zu einem überpersönlichen Ausdruck gelangen. „Dieser Schritt wird von den Übenden in einer ähnlichen Weise als lösend empfunden, wie dies im Ausdruckstanz oder bei der Achtsamkeitsmeditation geschehen kann.“ (Hemmerich, 2011, S. 200–201).

Abschließendes zum Thema Körper

Das Kapitel über den Körper baut nicht zuletzt in der angebotenen Reflexionsübung von Reiter*in und Pferd auf dem Bild auf, das in unserer Gesellschaft und ganz besonders auch in der Medizin ein vorherrschendes Verständnis darstellt: Die Teilung des Menschen in seinen Körper und seinen Geist, seine Seele, sein Ich? Unser Gesundheitssystem ist in fast allen Bereichen darauf ausgerichtet zwischen Körper und Seele zu unterscheiden, und dadurch, wie der Pionier der Psychosomatik Thure von Uexküll es kritisiert, eine „Medizin für kranke Körper ohne Seelen und eine solche für beschädigte Seelen ohne Körper“ (Hontschik & Adler, 2013, S. VII) anzubieten. Auf welcher Grundlage

gehen wir davon aus, der Körper sei etwas, das man von der Seele, dem Kopf, trennen könne? Die Grundlage zu dieser Vorstellung kann bei Descartes (1596-1650) gesucht werden: „Wir sehen Uhren, künstliche Brunnen, Mühlen und ähnliche Maschinen, die, obwohl nur von Menschenhand gemacht, doch fähig sind, sich von selbst auf verschiedene Weise zu bewegen (...) Ich sehe keinen Unterschied zwischen Maschinen, die von Handwerkern hergestellt wurden, und den Körpern, die allein die Natur zusammengesetzt hat. (...) Für mich ist der menschliche Körper eine Maschine. In Gedanken vergleiche ich einen kranken Menschen und eine schlecht gemachte Uhr mit meiner Idee von einem gesunden Menschen und einer gut gemachten Uhr.“ (Hontschik & Adler, 2013).

In welchen Zusammenhängen werden Körper und Psyche in Ihrem Berufsfeld gesehen, behandelt?

Eine weitere These im Zusammenspiel Körper und Psyche ist die, dass Sie mit Ihrer Körpersprache beeinflussen können, wer Sie sind. Um im Reflexionsbild zu bleiben: So wie das Pferd sich bewegt, fühlt sich der/die Reiter*in. Schauen Sie sich diesen [Vortrag](#) (20 min auf Englisch mit deutscher Übersetzung) dazu an. Die Rednerin, Amy Cuddy, eine amerikanische Sozialpsychologin, erforscht den Einfluss der Körperhaltung auf unsere Persönlichkeit, unsere Selbstwahrnehmung hat (postural feedback, „power posing“).

Kehren Sie zu Ihrer Selbstsorge zurück und zu Ihrer Eingangsübung mit Pferd und Reiter. Diese Übung bediente sich genau dieser Dichotomie. An dieser Stelle können Sie weiter gehen und versuchen über das Ganze nachzudenken: über die Paarbeziehung zwischen Reiter*in und Pferd. Denn Ziel Ihrer Selbstsorge kann sein, dass Sie Ihren Körper als Verbündeten ansehen. Gehen Sie erneut zurück zu Ihren Aufzeichnungen oder Überlegungen mit Reiter*in und Pferd und betrachten es unter diesem Aspekt: Wie gut ist die Zusammenarbeit der beiden? Wer reitet wen? Stecken unfreundliche Umgangsformen in der Beziehung? Gibt es negative, gar herablassende Gedanken? Stecken Unterdrückung oder auch Verherrlichungen, Unterwerfung in der Sichtweise Ihrer Reiter*in auf das Pferd und Ihres Pferdes auf die Reiter*in? Wen haben Sie liebevoller betrachtet und dargestellt? Haben Sie die beiden



getrennt voneinander dargestellt? Waren die beiden in Bewegung miteinander? Gegeneinander? Wer nahm in welchen Momenten überhand?

Welche Rolle spielen in dieser Beziehung die Themen Gefühle und auch Schmerz?

Zum Abschluss des Unterkapitels soll die Vorstellung vom Körper als eine abgeschlossene Einheit auf verschiedenen Ebenen in Frage gestellt werden. Heimrath postuliert: „Und noch immer leben wir von und mit den allerersten Lebewesen, die die Erde geboren hat: Unser Körper ist ein auf freiwilliger Kooperation basierendes Ökotope unzähliger Einzeller, die, statt autonom zu bleiben, eine Haut, einen Fingernagel, eine Herzklappe, einen Schließmuskel bilden. Dazu hausen 100 Billionen selbstständige Einzeller in unserern Eingeweiden und sonst wo im und auf dem Körper (vgl. www.hmpdacc.org), Bakterien, ohne die wir nicht das kleinste Stärkekorn verdauen könnten und die uns erfolgreich vor dem Gefressenwerden durch andere Einzeller schützen.“ (Heimrath, 2012, S. 26) „Die Tatsache, dass mein Körper von 1000 Billionen Mikroorganismen besiedelt ist, sollte genügen, die Erzmetapher ‚mein Körper‘ infrage zu stellen. Womöglich gehört er weder ‚mir‘ noch der ‚Bakterienheit‘, die den mir ‚eigenen‘ Körper bewohnt wie die Menschheit die Planetin Erde. (Heimrath, 2012, S. 173). Während dies eine räumliche, biologische Infragestellung des Körpers betreibt, sollen folgende Gedanken auch zu einer zeitlichen Hinterfragung des Körpers anstiften: „Das Umwelt- und Prognoseinstitut in Heidelberg hat die Reproduktionsraten in der Biosphäre ermittelt und festgestellt, dass jedes Kohlenstoffatom in unserem Körper statistisch gesehen bereits rund 600-mal in anderem Leben seinen Dienst getan hat- in einem Grashalm, einem Fadenwurm, Pilz, Adler, Gingkobaum, Grippevirus, in einem unserer Vorfahren, im Brachiosaurus und in einem kalkabscheidenden Bakterium im Urozean (...) Phosphor, der seltener in der Biosphäre vorkommt als Kohlenstoff, war vor dem Einbau in unseren Körper bereits 8000-mal anderweitig inkarniert, und ein seltenes Spurenelement wie Selen hat schon in 40 000 Lebewesen vor uns freie Radikale unschädlich gemacht.(www.upi-institut.de/upi15.htm.) Gibt es so betrachtet, überhaupt etwas Neues?“ (Heimrath, 2012, S. 60). Erweitern werden diese beiden Auflösungen des Körpers (räumlich und zeitlich) zu einer philosophischen Sinnfrage. Der Autor führt weiter

aus: „Lässt sich das Weltganze vom Körper subtrahieren, sodass er allein übrigbleibt? Selbstverständlich nicht. Es gibt ihn nur, weil es alles andere gibt. Das andere aber ist größer, was den Umkehrschluss eben nicht zulässt, es gebe das andere nur, weil es meinen Körper gebe. Da mir das Sterben anderer Körper der vertrauteste Vorgang überhaupt ist, denn schließlich lebe ich von den Toden undenkbar vieler Wesen, winzigsten, pflanzlichen, tierischen – ja auch als Veganer komme ich nicht umhin, Geißeltierchen im Trinkwasser meiner Verdauung zuzuführen-, ist es für meinen Körper überhaupt keine Frage, dass das ganze andere nicht verschwindet, wenn es nicht mehr ist. Woraus sollte der Körper seine Substanz bilden, wenn nicht durch die ihm ständig zufließenden Geschenke des Körperäußeren? Welche neuen Bilder erzeugt die Vorstellung solcher intimer, lebenswarmer Verschränktheit von Innen und Außen, von Ich und Du, die ja schon auf der stofflichen Ebene weit über den Tod hinaus gehen?“ (Heimrath, 2012, S. 173)

Tipps:



- Sie können überprüfen, ob Ihr Alltag ausreichend alle sinnlichen und körperlichen Fertigkeiten berücksichtigt. Zeichnen Sie in Ihrem Selbstsorgeheft ein (Strichmännchen) Bild von sich (oder kleben Sie ein Foto von sich ein). Nun gehen Sie dieses Bild der Reihe nach durch und schreiben neben die verschiedenen Körperbereichen, wie diese in Ihrem Alltag eingesetzt werden. Hier einige Beispiele: Ihre Augen, wofür verwenden Sie diese hauptsächlich? Schauen Sie regelmäßig auch in die Ferne? Wozu werden ihre Hände eingesetzt, wie viel grob- oder -feinmotorische Vielfalt steckt in ihren Alltagshandlungen? Wie viel Zeit verharren diese zum Beispiel über einen Tatstatur, oder in einer gebeugten Haltung? Wie viel Arbeit machen Sie mit dem Kopf? Welche Positionen nimmt ihr Rücken ein? Wie nutzen Sie Ihre Füße? Was ist mit Ihrem Gleichgewichtssinn? Ihrem Gehör? Ihr Geruchssinn? Ihre Intuition, ihre Kreativität? Zeichnen Sie ein Bild davon, wie Ihr Körper aussähe, wären die Bereiche, die besonders häufig benutzt werden auch besonders groß würden.

- Aus den verschiedenen Unterüberschriften und einzelnen Übungen sind Ihnen vielleicht Bereiche begegnet, in denen Sie für sich Handlungsbedarf erkannt haben. Gehen Sie erneut nach der WOOP Methode vor und nehmen sich ein Ziel, das Sie in Ihren Alltag erreichen wollen. Vielleicht wagen Sie eine Ernährungsumstellung oder verändern die Essgewohnheiten, vielleicht wollen Sie sich mehr oder anders bewegen, Ihre Sitzgewohnheit überprüfen oder eine Methode zum besseren Körperbewusstsein finden.

6.4 Meine Gefühle



Ich lade Sie ein, sich 8 min. Zeit zu nehmen, und mit diesem [Song](#) („Feelings“) eines Liveauftritts von Nina Simone zu beginnen.



Was sind Gefühle?

Bitte nehmen Sie Ihr Selbstsorgeheft zu Hand und notieren entweder im handschriftlich frei geschriebenen Text, was Gefühle für Sie sind, oder Sie zeichnen Ihre Überlegungen dazu als Mindmap. Nehmen Sie sich kein Lehrbuch zur Hand. Was fällt Ihnen spontan selber dazu ein.

Fiel es Ihnen schwer, Gefühle dingfest zu machen? Konnten Sie dies kognitiv und anhand gängiger psychologischer Begriffe tun? Oder kamen gewisse Gefühle (welche?) in Ihnen auf, die Sie aufgeschrieben haben? Sie werden hier keine Definition(en) dazu erhalten, was Gefühle sind. Im Gegenteil, es liegen sehr viele Fragen für Sie parat. Im Vordergrund soll stehen, welchen Bezug Sie zu Gefühlen haben, welche Antworten Sie sich geben, oder welche neuen Fragen Sie für sich formulieren. Vielleicht können Sie der Idee folgen, dass Gefühle neben der Sprache des Schmerzes (ist Schmerz eigentlich auch ein Gefühl?), eine weitere Möglichkeit sind, zwischen Pferd und Reiter*in zu kommunizieren? Was sind körperliche Aspekte von Gefühlen (erhöhter Herzschlag, feuchte Hände, etc.)? Welches sind gedankliche Aspekte von Gefühlen? Gibt es Gefühle, die weder aus den Gedanken, noch aus dem Körper kommen? Wie beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Gefühlen? Eher distanziert? Überschwenglich? Ausgewogen? Gehen Sie gerne in Ihren Gefühlen

auf, und wenn ja, in welchen? Machen Ihnen Gefühle Angst (ist Angst ein Gefühl?). Oder sind Sie einfach genervt (ist genervt sein ein Gefühl?). In welchen Momenten im Leben, lassen Sie sich von Gefühlen leiten? In welchen Situationen probieren Sie, Ihre Gefühle zu kontrollieren? Sind Sie gut darin, Gefühle zu unterdrücken? Geht das? Muss man Gefühle ernst nehmen? Darf man Gefühle mit einer inneren Distanz betrachten? Und wenn ja, wozu könnte dies dienlich sein?

Über Wut und Ärger ...

Hören Sie folgenden [Radiobeitrag](#) *Wut. Über ein explosives Gefühl.*

Thich Nhat Hahn erläutert, dass auch Ärger ein natürliches Gefühl sei:

„Unsere Übung gründet auf die Einsicht in die Nichtzweiheit. Sowohl unsere negativen als auch unsere positiven Gefühle sind natürlich und gehören derselben Wirklichkeit an. Es besteht also keine Notwendigkeit für einen Kampf; wir müssen uns ihrer lediglich liebevoll annehmen. (...). Sie denken vielleicht, Sie müssen gegen das Böse ankämpfen und es aus Herz und Geist vertreiben. Aber das ist falsch. Die Übung besteht darin, sich selbst zu verwandeln. Wenn wir keinen Müll haben, ist nichts da, woraus wir Kompost bereiten könnten. Und wenn wir keinen Kompost haben, ist nichts da, um die Blumen in uns zu ernähren. Wir brauchen die Leiden und die Schmerzen in unserem Inneren. Da sie natürlich sind, wissen wir, dass wir sie umwandeln und guten Gebrauch von ihnen machen können.“ „Kraftfeld eins ist die Wut, und Kraftfeld zwei ist die Achtsamkeit. Die Übung besteht darin, die Energie der Wut mit der Energie der Achtsamkeit zu erkennen und zu umarmen. Das muss sanft geschehen, ohne Gewalt. Es geht nicht darum, die Wut zu unterdrücken.“ (Thich, 2002, S. 80–81). Vielmehr geht es in einem ersten Schritt darum, die Flammen der Wut zu löschen. Er rät: „Wenn Sie jemanden ärgert, dann wenden Sie sich nach innen und kümmern Sie sich um Ihr Leiden, Ihre Wut. Erwidern Sie nichts und tun Sie nichts. Was immer Sie in Ihrem Ärger sagen oder tun, wird Ihrer Beziehung zu dem anderen Menschen noch mehr Schaden zufügen. (...) Bei einem Brand in Ihrem Haus ist es am dringendsten geboten, das Feuer gleich zu löschen, statt hinter dem mutmaßlichen Brandstifter herzurennen. (...) Buddha

hat uns sehr wirksame Werkzeuge an die Hand gegeben, um das Feuer in uns zu löschen: die Methode des bewussten Atmens, die Methode des achtsamen Gehens, die Methode des Umarmens der Wut, die Methode der tiefen Versenkung in das Wesen unserer Wahrnehmung und die Methode des tiefen Einsichtnehmens in die andere Person, um zu erkennen, dass auch sie leidet und Hilfe benötigt.“ (Thich Nat Hanh, 2002, S. 32-33).



Im Folgenden ganz konkrete Beispiele, wie Sie mit Ärger am Arbeitsplatz (im Gesundheitswesen) umgehen können. Lesen Sie dafür bitte folgenden Text: Hoefert, H.-W. (2011). Interpersonale Konflikte und Ärger am Arbeitsplatz. In: Hans-Wolfgang Hoefert: Selbstmanagement in Gesundheitsberufen, S. 183-210

Zum Abschluss eine kleine Übungsanleitung, die aus dem Bereich der Burn-Out Behandlung stammt:

„Erinnern Sie sich bitte an ein ärgerliches Ereignis, das nicht allzu lange zurückliegt. Holen Sie sich dabei diese Erinnerung derart in Ihr körperliches Erinnern, dass Sie es mit möglichst vielen Sinnen zugleich so spüren können, dass es ‚wirkt‘. Atmen Sie nun durch die Nase so ein, als ob Sie einen feinen köstlichen Duft riechen würden. Achten Sie dabei auf die Leichtigkeit und Offenheit Ihrer Stirn und das unwillkürlich dabei eintretende innere Lächeln ihrer Augenwinkel, wenn Sie diesen Wohlgeruch nun wirklich imaginieren. Nun verlängern Sie Ihre Mundwinkel- in Ihrer Vorstellung- bis hin zu den Ohren, so dass Ihre Oberlippe nach beiden Seiten hin- äußerlich kaum sichtbar- gedehnt wird. Unter Beibehaltung dieser schnüffelnden Einatmung, des Lächelns Ihrer Augenwinkel, der breit bis zu den Ohren ausgedehnten Oberlippen, können Sie nun- als ein inneres Erleben- Ihre Ohren nach unten hin größer und größer werden lassen, sodass Sie schließlich den Ohren einer konventionellen Buddha Statue gleichen. Behalten Sie nun diesen mimischen Ausdruck bei, während sie an das eben genannte ärgerliche Ereignis denken. Was hat sich verändert? Sie haben gerade den Beweis dafür angetreten, dass es neben der Wirkungsrichtung Psyche Körper auch die gegenläufige gibt: Veränderungen des

mimischen und des Haltungsausdruckes, wirken auf unsere seelische Befindlichkeit zurück. Noch gravierender wirkt dieser Umstand, wenn man bedenkt, dass der jeweils andere unsere Mimik und Haltung unbewusst registriert und sie uns schließlich mit seiner Reaktion bestätigt. Von daher wäre es von unschätzbarem Vorteil, wenn es uns gelänge, schon im aversiven Geschehen selbst- im Ärger, in der Enttäuschung, in der Wut- umzuschalten vom reflexartigen Automatismus zur Selbstbestimmung des spielerischen Ausdrucks. Umgekehrt: Wenn wir erleben, dass unterschiedliche Menschen in verschiedenen Kontexten immer wieder auf eine ähnliche und leidvolle Weise mit einem umgehen, dann kann es durchaus daran liegen, dass unser körperlicher Ausdruck fixiert ist und geradezu dazu einlädt, auf uns in dieser Weise zuzugehen.“ (Hemmerich, 2011, S. 192)

...zu den eigenen Bedürfnissen

Gefühle werden in vielen Praktiken, Therapien und Methoden als Wegweiser zu den eigenen Bedürfnissen verstanden. Vielleicht kann man so auch die o.g. Aussage verstehen, dass die negativen Gefühle von Ärger und Wut als Kompost sinnvoll genutzt werden. Besonders die Schule der **Gewaltfreien Kommunikation** (die Ihnen aus anderen Modulen vertraut ist) greift auf dieses Verständnis zurück. [Hier](#) können Sie sich in Listen eine Zusammenfassung der Grundsätze der Methode anschauen, in denen aufgezeigt wird, welche Gefühle aufkommen, wenn eigene Bedürfnisse missachtet werden und im Gegenzug, welche Gefühle entstehen, wenn eigene Bedürfnisse erkannt, benannt und nach ihnen gehandelt wird. Zudem wird die Unterscheidung geklärt, was eigenen Gefühle sind (z.B. *ich bin traurig*) im Unterschied dazu, was eine gedankliche Interpretation einer Handlung des Anderen ist (z.B. *ich fühle mich missachtet*) ist. Eine Schwierigkeit für viele Menschen besteht darin, ihre auch tiefergehenden eigenen Bedürfnisse überhaupt erst zu erkennen. Eine Methode, neben der Gewaltfreien Kommunikation ist von Byron entwickelt worden, die sich des Trickes bedient, sich die eigenen Gedanken besonders darüber, was wir über andere Menschen denken, anzusehen. Diese beurteilenden Gedanken sind dann im weiteren Schritt der Schlüssel zu den eigenen vielleicht verborgenen Bedürfnissen. Bevor Sie das bei Interesse üben,

schauen Sie sich auch [hier](#) zwei detaillierte Listen mit allen möglichen Gefühlsmomenten an, wie vielschichtig negative, aber auch positive Gefühle sein können. Urteilen sie selbst, ob es lohnt, sich weiter damit zu beschäftigen, was damit gemeint ist, „einem Gedanken zu glauben“ beziehungsweise dahin zu kommen, dem Gedanken auf die Spur zu eigenen Bedürfnissen zu kommen. Bei Interesse, das Prinzip auszuprobieren, drucken Sie sich das **Arbeitsblatt von Byron Kathy – The Work** aus. Idealerweise können Sie die Übung auch mit einer Vertrauensperson durchführen und sich gegenseitig darin assistieren, die Arbeitsblätter der Reihe nach auszufüllen. (Das geht wahrscheinlich auch telefonisch oder per Videoverbindung).



Zum Abschluss der Gefühlswelt schließen Sie gerne den Bogen mit Nina Simone. Sie wird gefragt (Video, 1 min., englisch): [Ist Freiheit ein Gefühl?](#) und wenn Sie wollen auch eine weitere [musikalische Einlage](#), in der die Künstlerin diese Gedanken besingt: I Wish I Knew How it Would be to be Free.

Gefühle sind auch dadurch zu beschreiben, dass sie sich vermeintlich von dem Verstand, der Rationalität, den Gedanken unterscheiden. Kommen wir also im nächsten Kapitel genau dazu. Und dabei auch wieder zurück zu der Großartigkeit von Gefühlen, wenn wir die Begrenztheit von Denken erörtern und Gefühle als Wegweiser der Intuition verstehen, die logischem Denken häufig erstaunlich überlegen ist.

6.5 Meine Gedanken, mein Geist

Dieses Kapitel thematisiert das Denken. Wieviel Macht haben Ihre Gedanken und auch, wie ohnmächtig, damit soll gemeint sein, wie begrenzt, ist bewusstes Denken? Welche positiven Einflüsse können Ihre Gedanken auf Ihr Wohlergehen haben und wie geißeln andererseits Ihre Gedanken womöglich die Lebensfreude? Eine weitere theoretische Zweiteilung möchte ich in der Überlegung finden, was Gedanken eigentlich sind? Und wenn man über sie hinausgehen kann, gibt es scheinbar etwas anderes: Das nenne ich den Geist. Nicht zu verwechseln mit der rationalen Metaebene, die eine weitere Denkebene des Bewusstseins, eine Denkleistung ist. Wenn Sie sich vorstellen,

dass wir unsere Gedanken beobachten können, sie uns also anschauen, stellt sich die Frage, wer oder was da eigentlich diese Gedanken beobachtet. Dieser Geist soll für das Verständnis in unseren Überlegungen auch den Bereich des Unterbewusstseins beinhalten. Bitte nicht mit dem Begriff des Unterbewusstseins von Freud verwechseln. Es soll sich in Ihrer Vorstellung um all das handeln, was wir nicht bewusst durch Gedanken steuern oder wissen, der Bereich, aus dem zum Beispiel eine gute Idee aufpoppt, also Inspiration, Kreativität. Der Biologe Weber¹, beschreibt, dass laut einer Schätzung von Neurobiolog_innen 98% unserer Nervenleistung den unbewussten Denkvorgängen gewidmet sind. Er postuliert: „Schon für den Psychologen C.G: Jung war das Unbewusste daher kein virtueller Raum in einem irgendwie ungreifbaren Bewusstsein, das eine rein geistige Existenz führt und vom Körper und seinen Gezeiten weitgehend getrennt ist (...). Für Jung war das Unbewusste bereits der Körper. (...) Unbewusst weiß der Körper, was für die Fortexistenz gut ist und was für sein Weiterleben verheerend. Doch dieses Wissen ist tief in unserem Fleisch und Blut verborgen. Es ist eine Dimension unserer selbst, die wir niemals direkt, sondern immer nur im Spiegel unserer Stimmungen, unseres Begehrens erleben können.“ (Weber, 2012, S. 94). Ziel der Selbstsorge kann sein, Wirkmechanismen von Gedanken zu erkennen. So sollen Sie die Kraft, die Gedanken besitzen für sich positiv nutzen und gleichzeitig der starken Begrenztheit des Bewusstseins nicht hilflos ausgeliefert sein und ihrem Geist, dem beschriebenen Unterbewusstsein, näherkommen. Die genannten Begrifflichkeiten sind lediglich Vorschläge, Sie können diese frei mit Ihren eigenen Bildern und Definitionen erweitern, in der Gruppe diskutieren und ersetzen.

Selbsteilungskraft der Gedanken

¹ der ein Vertreter der Schöpferischen Ökologie ist, in der die Subjektivität von allem Lebendigen neu erforscht wird

Während es in Meditationsübungen auch darum geht, die Gedanken so wahrzunehmen, wie sie sind, gibt es unterschiedliche Ansätze in denen herausgearbeitet wird, dass die Art und Weise, wie über etwas denken, unser Leben und zum Beispiel auch unsere Gesundheit, verbessern kann. Dies ist verbunden mit der Annahme, dass Gedanken, als solche erkannt, auch gesteuert werden können. Ein Bereich, der sich auch mit diesen Themen beschäftigt ist die sog. **Mind-Body-Medizin**. Innerhalb dieses Themengebietes spielt die Überlegung eine Rolle, die **das Geheimnis der Bedeutungserteilung** genannt werden kann. Der Begriff stammt aus der Theorie und Praxis der integrierten Medizin, deren Begründer Thure von Uexküll war. Zum weiteren Verständnis (und als Einblick, was die integrierte Medizin ist) **lesen Sie das kurze Geleitwort** von Dr. Bernard Lown zum Buch: Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens (**Hontschik**, B. (2013)).

Im Speziellen geht es innerhalb dieser Bewegung einiger kritischer Mediziner auch um die sog. **Placeboforschung** (vgl. Videobeitrag unten).



Lesen Sie bitte zum weiteren Verständnis dazu den Beitrag vom Chirurgen Dr. Bernd Hontschik (Hontschik, 2006, S. 68–79): **Geheimnis der Bedeutungserteilung**.



e-tivity 10

Notieren Sie sich in Stichworten bzw in einem ganz einfachen Schaubild, worin das Geheimnis der Bedeutungserteilung liegt und auf welchem grundlegend anderen Verständnis von Medizin oder Heilung dieser Gedanke aufbaut. Welche Lehren könnten Sie daraus (neben möglichen Impulsen für eine pflegerische/therapeutische Praxis) für Ihre eigene Selbstsorge ziehen?



Welche Macht haben also Gedanken darüber, was den Umgang mit Stress angeht. Macht Stress krank? Nicht grundsätzlich. Explizit beschäftigt hat sich damit die Wissenschaftlerin und Gesundheitspsychologin McGonigal, die in diesem [Vortrag](#) (14 min., englisch mit deutscher Übersetzung) erläutert, wie Sie **Stress sogar zu Ihrem Freund machen**.



e-tivity 11 – Stress – positiv gesehen?!

Notieren Sie sich während oder nach dem Vortrag folgende Erkenntnisse:

- Welchen physikalischen Unterschied macht es laut der zitierten Studie, ob Probanden Stress als positiv oder negativ wahrnehmen?
- Was hat Stress vermeintlich mit dem Hormon Oxytocin zu tun?
- Und was kann Oxytocin bewirken?
- Wie können diese Zusammenhänge Ihnen helfen, Stress als Hilfsmittel mit gesundheitlichem Benefit zu nutzen?
- Wir greifen voraus zum Thema der sozialen Beziehung: Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Resilienz und menschlichen Beziehungen? Achten Sie auch den letzten Satz, den die Rednerin dem Moderator als Antwort gibt auf die Frage, ob es manchmal Sinn macht, sich für einen stressigen Beruf zu entscheiden.

Achtsamkeit

Der Begriff tauchte wiederholt im Modul auf. Persönlich plädiere ich dafür, dass Sie neben den Bewegungen, die sich so nennen, sich über ihre eigene Beziehung zu dem Wortsinn Gedanken machen und was für Sie Achtsamkeit ist, wie Sie diese (beruflich oder privat) leben, wann sie besonders achtsam sein können und wodurch. Falls Sie sich für die wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise von Achtsamkeit als Praxis und als operationalisierbares Konstrukt interessieren, werden Sie zum Beispiel [hier](#) fündig. Oder beispielhaft ein [Video](#) von Thich Nhat Hanh, der ein spiritueller Vertreter von Achtsamkeitslehre ist.

Widmen Sie sich der **Achtsamkeitsbewegung** im Allgemeinen und der Praxis und Wirkung von **Meditation** im Speziellen. Bitte lesen Sie für eine kurze Übersicht die folgenden beiden **Dokumente**:



- Senger, K. (2017) **Achtsamkeit & Selbstfürsorge**. Psychotherapie im Dialog 4/2017
- Grießig, R. (2018) **Gelassen durch den Tag**. ergopraxis 3/18



Wer sich fragt, wie sich die Idee der Resonanz (siehe oben Hartmut Rosa) mit der Achtsamkeit als Bewegung verträgt, wie sie sich zueinander verhalten,

dem sei dieser [Vortrag](#) empfohlen, in dem Rosa (ab ca. der 40. min) eine Abgrenzung der Begriffe, Gemeinsamkeiten und seine Kritik an der Achtsamkeitsbewegung formuliert.

Weiterführende Tipps:

Hier finden Sie Ideen für [alltägliche Meditationsübungen](#)



Einen Einblick darüber, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse es darüber gibt, dass die Kraft der Gedanken Heilung erzeugen kann, entnehmen Sie bitte dem folgenden [Fernsehbeitrag](#) (50min., deutschsprachig) **Die Heilkraft des inneren Arztes. Wirkung von Meditation** (es geht es um Imaginationsübungen und den Einfluss der Gedanken auf den Körper, die Wirksamkeitsforschung von Meditation und Placeboforschung). Schauen Sie sich ergänzend folgendes (22 min. deutschsprachiges) [Video](#) mit einem Vortrag von Prof. Dr. Michalsen (Charité) über die wissenschaftlichen Erkenntnisse Mind-Body-Medizin an.

In vielen Übungen geht es darum Dankbarkeit zu üben, eine Form von positiven Gedanken bewusst zu erzeugen. Das fällt nicht nur vielen Menschen schwer, einigen vielleicht deswegen, da sie nicht wissen, wem sie gegenüber Dankbarkeit ausdrücken sollen, sondern die Effekte einer solchen Übung sind nicht so hoch, wie die einer scheinbar gegenläufigen Übung ([die das schwere Ich befreit](#)): Es handelt sich um einen sehr alten Trick der Stoiker und wird in der Psychologie als **Mentale Subtraktion** untersucht. Auch diese geht, wie die Dankbarkeitsübungen (zum Beispiel aus der Achtsamkeitsbewegung, aber auch anderen religiösen Praktiken wie Beten), von der Überlegung aus, sich des schon vorhandenen Glücks bewusst zu werden. Der Psychologe Paul Dolan formuliert „Stellen Sie sich vor, Sie spielen Klavier, hören aber nicht, wie es klingt. Vieles im Leben ist wie Klavierspielen, ohne dass man es hört“. Der Technik zu Grunde liegt die Beobachtung, dass wir uns an alle Zustände gewöhnen, die vermeintlich negativen, aber auch an all das, was in unserem Leben gut ist. Hier setzt der Trick an, sich das vorhandene Erfreuliche spürbar über die Hintertür zu machen.

Die Übung der Mentalen Subtraktion ist denkbar einfach und individuell abwandelbar:

- Schließen Sie die Augen ...
- und überlegen sich, wie ein Leben wäre, in dem Sie die Augen nicht mehr öffnen können.
- Stellen Sie sich vor, nie wieder in die Gesichter ihrer Liebsten zu sehen.
- Öffnen Sie die Augen.
- Machen Sie sich bewusst, dass das nicht so ist.

Sokratischer Dialog

„Wir leiden öfter in der Vorstellung als in der Wirklichkeit“
Seneca

Besonders passend zu unserem Modul machen Sie sich mit der Methode des Sokratischen Dialoges vertraut. Der Sokratische Dialog kann als Anleitung genutzt werden, eigene negative Gedanken zu hinterfragen, um so dem Kern eines Problems auf die Schliche zu kommen. Dies kann eigenständig oder auch zu zweit durchgeführt werden.

Bitte lesen Sie als Einleitung und zur Übersicht den folgenden Artikel:

- **Wahler, H. (2012): Sokratischer Dialog Zusammenfassung**
- [Sokratische Methode- Sokratischer Dialog- Sokratisches Gespräch.](#)
Zur Anwendung in Philosophischer Praxis, Pädagogik und Psychotherapie von Hendrik Wahler



Die Qual der Wahl

„Intelligenz heißt, entsprechend der ursprünglichen Bedeutung des lateinischen Wortes ‚intelligere‘, ‚auswählen‘ zu können. Sie bedeutet die Fähigkeit, eine Entscheidung zu treffen. In diesem Sinn sind Intelligenz und Leben ein und dasselbe“. (Weber, 2012, S. 90–91)

Gedanken führen vermeintlich zu Entscheidungen. Entscheidungen für unseren Beruf, Ihre Entscheidung, diesen digitalen Studiengang zu absolvieren,

die Entscheidung, ob Sie einen Kaffee trinken, während Sie diesen Text lesen, ob Musik im Hintergrund läuft. Schon im Kapitel zum Glück wurde dargestellt, dass der Akt des sich tatsächlichen Entscheidens, sich entschieden zu haben, einen deutlichen Zusammenhang damit hat, wie glücklich und zufrieden Menschen sind, und zwar unabhängig von dem Resultat der Entscheidung (siehe Vortrag Gilbert). Um diesen Gedanken zu erweitern fällt der Blick auf die Tatsache, dass in weiten Teilen unserer Gesellschaft die Vielzahl an Möglichkeiten sich frei zu entscheiden sich stetig erneuert. Die Freiheit der Wahlmöglichkeiten gilt demnach als eine große Errungenschaft unserer Zeit und Gesellschaftsform. Selten geschieht dies in dem Bewusstsein, dass es möglicherweise eine Kehrseite der (zu) vielen Wahlmöglichkeiten gibt: Die Qual der Wahl. Ein Grund, weshalb Routinen unseren Alltag beruhigen liegt in der Tatsache, dass wir uns nicht aktiv jeden Tag neu entscheiden müssen, wie wir beispielsweise zur Arbeit fahren. Schauen Sie sich zu diesem Paradox der Wahlfreiheit folgende Vorträge (oder einen, *entscheiden Sie selbst*) an:

- Unsere ungesunde [Obsession mit Wahlmöglichkeiten](#) (15 min. englischsprachig mit deutscher Übersetzung)
- Und/oder [das Paradoxe von Entscheidungen](#) (20 min. englischsprachig mit deutscher Übersetzung)

Der Vortragsredner und Autor Ferris zitiert einen seiner Mentoren mit: "Einfache Entscheidungen, hartes Leben. Harte Entscheidungen, einfaches Leben." Die schwierige Entscheidung, führt er aus, sei genau das, was wir am meisten fürchten, zu tun, zu fragen, zu sagen -- sie seien oft genau das, was wir am nötigsten tun müssen. Er postuliert, unsere größten Herausforderungen und Probleme würden nie mit angenehmen Gesprächen gelöst werden, ob im eigenen Kopf oder mit anderen Menschen. Ferris stellt eine Methode vor, in welcher er vorschlägt sich auf die eigenen Ängste anstatt auf Ziele im Leben zu fokussieren. [Hier](#) können Sie bei Interesse erfahren, weshalb, und was das mit von ihm propagiertem Stoizismus zu tun hat. Falls Sie Eltern sind, oder es Sie auch so anspricht, [hier](#) eine (englischsprachige) unterhaltsame Liste, auf der sämtliche Kinderfragen eines Tages stehen, die der

Autorin und Mutter eine Entscheidung abverlangen (und sie von *Decision Fatigue* berichten lässt).

„Alle Handlungen menschlicher Wesen gründen sich auf Liebe oder Angst, nicht nur jene, die mit Beziehungen zu tun haben. Entscheidungen, die das Geschäft betreffen, das Wirtschaftsleben, die Politik, die Religion, die Erziehung der jungen Leute, die sozialen Angelegenheiten eurer Nationen (...); Entschlüsse, haben zu wollen oder wegzugeben, zu behalten oder zu teilen, zu vereinen oder zu trennen- jede einzelne freie Wahl, die ihr jemals trifft, entsteht aus einem der beiden möglichen Gedanken: aus einem Gedanken der Liebe oder einem Gedanken der Angst. Angst ist die Energie, die zusammenzieht, versperrt, einschränkt, wegrennt, sich versteckt, hortet, Schaden zufügt. Liebe ist die Energie, die sich ausdehnt, sich öffnet, aussendet, bleibt, enthüllt, teilt, heilt. Angst umhüllt unseren Körper mit Kleidern, Liebe gestattet uns, nackt dazustehen. Angst krallt und klammert sich an alles, was wir haben, Liebe gibt alles fort, was wir haben. Angst hält eng an sich, Liebe hält wert und lieb. Angst reißt an sich, Liebe läßt los. Angst nagt und wurmt, Liebe besänftigt. Angst attackiert. Liebe bessert. Jeder Gedanke, jedes Wort oder jede Tat eines Menschen gründen sich auf eine dieser beiden Emotionen. Darin habt ihr keine Wahl, denn es steht euch nichts anderes zur Wahl. Aber ihr habt die freie Wahl, welche der beiden ihr euch aussuchen wollt.“ (Walsch, N., 1997, S. 42–43)

Beschränktes Denken oder die Klugheit des Geistes

Nachdem das bewusste Denken gestreift wurde, soll nun der Bereich des nicht steuerbaren Geistes angerissen werden. Es lässt sich feststellen, dass es wieder um Gefühle gehen könnte. „Nicht das Gehirn, nur die Empfindung lässt uns denken.“ K.F. Straile (Hemmerich, 2011, S. 131). Der Psychologe Dijksterhuis bezeichnet aufgrund zahlreicher sozialpsychologischer Forschungsergebnisse, das bewusste Denken, als einen schlecht informierten Pressesprecher. Ein Schlag ins Gesicht unserer aufgeklärten, rationalistischen Gesellschaft? Der Autor unternimmt die Unterscheidung zwischen all dem, was wir bewusst steuern bzw betrachten, bedenken können (Bewusstsein) und dem,

was wir nicht steuern, gedanklich nicht abbilden können (Unterbewusstsein/Kreativität/ Geist oder auch Seele, Intuition, vielleicht auch Gefühle). Wie in Ansätzen auch in dem Vortrag des Designers Sagmeister (Video im Kapitel Glück) dargestellt, basiert unser Verhalten scheinbar weitaus weniger auf dem, was uns bewusst ist, als uns dies bewusst ist oder werden könnte. Entscheidungen, die wir strikt aufgrund uns zugänglicher rationaler Erwägungen treffen (also nicht intuitiv), sind dazu in manchen Fällen nicht die besten.

Buchempfehlung Dijksterhuis, A. (2010) *Das Kluge Unterbewusste*. Stuttgart: Klett-Cotta

Erweiternd möchte ich erneut auf den Nobelpreisträger Kahneman hinweisen, der zu diesem Thema das [Buch](#) geschrieben hat: Schnelles Denken, Langsames Denken.

„Im Großen und Ganzen aber spricht der Mensch nur seiner eigenen Gattung die Fähigkeit zu, sich selbst zu erkennen und aus diesem ‚Ich denke, also bin ich‘ die Vorstellung einer von der Vergangenheit in die Zukunft reichenden Geschichte zu konstruieren. Mir „schwant“, dass wir uns in dieser Beziehung irren und, da unser Denkapparat trivialerweise nur solches Denken zulässt, dass mit ihm möglich ist, wir nie und nimmer ‚wissen‘ können, ob nicht auch Pflanzen, Einzeller und Kristalle eine ihnen entsprechende Wahrnehmung von ihrer Existenz haben und daraus etwas mit unserem Zeitbegriff Vergleichbares am ‚Leben‘ erhalten. (...). „Dass unser Geist verkörpert ist und ihm ausschließlich die Wahrnehmungs- und Ausdrucksorgane zur Verfügung stehen, die der Körper bereitstellt- das ist der ‚Embodied Mind‘ den George Lakoff in die linguistische Debatte eingeführt hat“. (Heimrath, 2012, S. 172)



Ideen zur Reflexion und Selbstsorge:

- Notieren Sie sich Ihre Gedanken zu folgenden Fragen: Welche Beziehung haben Sie zu Ihrem Geist? Welche unterschiedlichen Begriffe verwenden Sie, wenn es um diese Art innerer Beschreibung geht? Wann kommen Ihnen die besten Gedanken? Haben Sie es schon mal erlebt, dass z.B. Sie in einem (lebens)gefährlichen Moment Zugang zu

Ihren Ihnen sonst nicht bewussten Fähigkeiten erhielten (beispielsweise durch das Erleben in Zeitlupe)?

- Bauen Sie Achtsamkeitsübungen oder Meditation (mit Hilfe von WOOP) in Ihre Routine ein
- Analysieren Sie ein Sie betreffendes Thema mit Hilfe des Sokratischen Dialoges
- Schlafen Sie über eine schwere Entscheidung und hören danach eindringlich auf Ihr Bauchgefühl
- Überlegen Sie, wie Sie in Ihrem Leben Wahlmöglichkeiten reduzieren können. Ziehen Sie gerne eine Verbindung zu anderen Bereichen der Selbstsorge, zum Beispiel Minimalismus und Routine.

6.6 Meine Seele

Der Physiker Heisenberg formulierte: „Der erste Schluck aus dem Becher der Naturwissenschaft macht atheistisch, aber auf dem Grunde des Bechers wartet Gott!“ Vielleicht ist Ihnen die Überschrift und das Zitat zu religiös formuliert. Wozu diese Kapitel anregen will, ist über die Grenze des Wissens hinaus zu gehen, um das zu betrachten und wirken zu lassen, was Sie letztendlich nur mit einem wie auch immer gearteten Glauben beantworten können. Ob Sie diesen Bechergrund als Gott bezeichnen oder Sie auch ohne diesen Begriff gut über Ihre vorhandene oder nicht vorhandene Spiritualität nachdenken können, ob Sie sich als Humanist*in bezeichnen oder als Atheist*in verstehen, für die der Becher vielleicht deswegen leer erscheint, weil wir das Wissen noch nicht weiter erforscht haben, oder als Agnostiker*in, die in einer akzeptierenden Haltung, den Becher als leer betrachtet und man nicht mit Sicherheit sehen kann, was dort erscheint, weshalb Glaube immer nur Mutmaßung und keine Gewissheit ist? Sie können sich Zeit nehmen, für sich an diese Wissensgrenzen schauen, sich mit einem so flüchtigen Wesen wie dem Bild der Seele auseinanderzusetzen, Sinnfrage zu erlauben. Ich formuliere mit Bedacht so, dass sich in Ihnen vielleicht auch Widerstand regt, denn ich denke, gerade in diesem sich regenden Widerstand ist Ihnen eine gute Möglichkeit gegeben,

sich zu spüren, etwas von sich zu erkennen. Ein Ausgangspunkt, weshalb dieses Kapitel seinen Platz erhalten soll, kann darin gesehen werden, dass die Glücksforschung zeigt (s.o.), dass Menschen, die Glaube und Spiritualität als gelebte Praxis verstehen, sich als glücklich wahrnehmen. Ebenso in diese Richtung geht der benannte Hinweis, dass die Übung der Dankbarkeit und das Empfinden von Demut Marker eines zufriedenen Lebens sein können. Im Bereich der Selbstsorge (und Gesundheit) ist aktuell der Begriff der Achtsamkeit verbreitet. In dieser Erscheinung ist die Auseinandersetzung mit Spiritualität zentral: zum Einen weil die Bewegung im Buddhismus Ihre Wurzeln hat, zum anderen (auch als Widerspruch), weil vielleicht durch die gezielte Abwendung von Spiritualität und Religion sich der weltweite Erfolg des Begriffes und die Anwendung der Praxis in nicht religiösem Umfeld unter Umständen teilweise erklären lässt. Ein weiterer Punkt, weshalb Sie sich über Ihre Seele Gedanken machen sollen, ist, dass die Selbsterkenntnis und Auseinandersetzung mit Ihrem Nicht-Wissen im Hinblick auf Ihre Arbeit mit anderen Menschen von entscheidender Bedeutung ist. Wie gehen Sie mit Ihrer Sinnfrage um? Wie mit Tod und Leid? Was bedeutet das für Ihr Mitgefühl?

Stöbern Sie zur Einstimmung und Orientierung in dem folgenden Text (70 Seiten), in dem auch der Begriff der Achtsamkeit anschaulich im Bezug zum Gesundheitssystem erörtert wird: Wie diese in Bezug zur eigenen Stressprävention genutzt werden kann aber auch, welche Rolle sie in der pflegerischen/therapeutischen Wirklichkeit einnimmt. Hier die Zusammenfassung dieser wissenschaftlichen Literaturrecherche: „Neben der Sensibilisierung für spirituelle Bedürfnisse gehören hier die eigene weltanschauliche Kompetenz und Sprachfähigkeit zu den wichtigen Kompetenzen, die neben der entsprechenden Haltung der Mitarbeitenden zu einer humanen Pflege beitragen. “Unsere seelenlose Medizin braucht als ersten Schritt eine Anerkennung und Aufmerksamkeit für die Seele des Patienten, für sein Fühlen, sein in der Welt sein, seine Betroffenheit, für das Bewusstsein seiner Verletzlichkeit und Sterblichkeit, so dass sie zu einer beseelten Medizin werden kann. Und erst eine beseelte Medizin wäre eine wirklich humane Medizin.““



- Städler, K. (2012). **Spiritualität in ihrer Bedeutung für das Gesundheits- und Sozialwesen.**

Im konkreteren Zusammenhang mit Ihrem helfenden Beruf bitte ich Sie dazu folgende kurze Textabschnitte aus dem Buch von Pfeifer-Schaup zu lesen:

- Den Raum für das Wesentliche öffnen. Was ist mein Anliegen? Was geht mich unbedingt an? S.115
- Mitgefühl hat immer eine spirituelle Dimension S.116
- Wo willst du hin mit deinem Leben S.117-118 Die Frage nach dem Sinn (auch die der Klienten*innen).

Um die Begrifflichkeiten zu erweitern, spricht Sie vielleicht auch folgende Unterscheidung zwischen **Werten und Prinzipien** an: In seinem Buch zum Burn-Out formuliert Hemmerich: „Bloße Orientierung an Werten basiert letztlich auf einem (...) Ausrichten an Belohnung oder der Vermeidung von Bestrafung. Werte, sind, wenn sie nicht in Prinzipien erneuert werden, Produkte der Vergangenheit und des Wissens. So kommen Werte immer miteinander in Konflikt. In uns und zwischen uns. (...) Wahrscheinlich könnte man alle Prinzipien unter einem Prinzipium zusammenfassen: Liebe. (...) Liebe meint die Erkenntnistätigkeit, einem anderen (oder auch sich selbst) so gegenüberzutreten, dass auf der Basis rückhaltloser Achtung für das Wesen des anderen die Möglichkeiten (das noch nicht Soseiende) des anderen ‚gesehen‘ werden können.“ (Hemmerich, 2011, S. 321). Um dies lebenspraktisch umzusetzen empfiehlt der Autor folgende Prinzipien (Hemmerich, 2011, S. 322 f)



Prinzipien anstelle von Werten

Integrieren: Integrität, Makellosigkeit, Unbestechlichkeit, Charakterstärke; ‚Ich spreche vorne wie hinten gleich‘.

Ausrichten: Wägen/Wagen, Gerechtigkeit, Verträge und Versprechen einhalten, Fairness, Unvoreingenommenheit, Unparteilichkeit, Vorurteilsfreiheit, Objektivität

Gedulden: Der richtige Zeitpunkt, Jedes Ding hat seine Zeit, Öffne nicht gewaltsam, finde das Zauberwort, dass es sich von selber öffnet, nicht drängen, nicht behaupten, Kairos

Ermutigen: Das ist Geburtshilfe am Wesen des Anderen und an einem Selbst, Glaube an das Werden des anderen, Zurückhaltung für das Werden des anderen, auch und besonders schwer: Zurückhaltung der unterstützenden Hilfe

Einstimmen: Konsonieren, Resonieren in der Vergegenwärtigung, Disziplin im ursprünglichen Sinne: Schülerschaft, Lern- und Übungswille, Erneuern

Hingeben: Fürsorgen, (Los)Lassen, auch akute Nothilfe (und nur die notwendige Nothilfe), Hilfsbereitschaft, Selbstfürsorge

Beitragen: Einen Beitrag leisten, Verehren, Unterstützen, Mitwirken, Synergetik = zusammen Arbeiten

Fragen: Forschen, wichtig Gewordenes in Frage stellen. Nach dem ‚Dahinter‘. Nach der Essenz fragen, mit Verantwortung fragen, Bedeutung verstehen (erst verstehen, dann verstanden werden), Potenzial durch das Infragestellen des Gewordenen erkennen

Aufrichten: Vertikalspannung, Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit, Agogik (auch Pädagogik, das ist wörtlich: Aufrichthilfe für Kinder)

Vertrauen: Ich traue mir selbst, und ich bin mir selbst treu, erst vertrauen, dann Vertrauen geschenkt bekommen, nur dem Vertrauenswürdigen vertrauen (sonst: Naivität)

Achten: Respekt vor dem Selbstaussdruck eines Wesens (auch Menschenwürde, Gewaltfreiheit), Raumschaffen für den Anderen und für mich selbst (Selbstachten = Selbstwertgefühl)

Durchhalten: Immer wieder neu anfangen, das Gleiche immer wieder neu tun, ohne dasselbe zu wiederholen.

Kommen Sie zurück zu dem Begriff der Achtsamkeit. Folgende kurze Textabschnitte von Pfeifer-Schaup, die Sie lesen sollen, beschreiben, welche Gefahren und Risiken in Zusammenhang mit einer Praxis der Achtsamkeit einhergehen können, die sich wahrscheinlich auch auf Religion, Frömmigkeit, vielleicht aber auch auf allzu überzeugt gelebten Säkularismus oder innbrünstigen Atheismus übertragen lassen und eine Basis darstellen können, die eigenen Überzeugungen immer wieder kritisch zu hinterfragen.

- Achtsamkeit als Falle: Gefahren und Risiken S.193-195



- Spiritueller Zuckerguss (nichts unter den Teppich kehren) und S.196 - 197
- Falsche Mystik S.199 Shopping auf dem Glücksmarkt und
- S.199 Achtsamkeit als Ideologie
- S.201-202 Spirituelle Praxis als Flucht vor dem Leben



Weiterführende Anregungen:

- Videovortrag (deutsch, 50 min) Anselm Grün: [Aus welchen Quellen lebe ich](#)
- Eckhart Tolle auf Deutsch: [Gibt es Gott?](#) (5min.) Oder als Animation (15 Min): [Erkenne dich selbst: wer du wirklich bist.](#)
- Buch zum Thema Sinnsuche: Viktor E. Frankl (1946) „...trotzdem Ja zum Leben sagen“.



Ideen zur eigenen Selbstsorge:

- In Ihrem Selbstsorge Heft können Sie ein Bild darstellen. Das kann gezeichnet, gemalt oder auch eine Collage sein. Schauen Sie sich dazu eine Vorlage aus dem Bereich des **Clinical Reasonings** an (**siehe Lernplattform - Blume des Clinical Reasonings**). Sie gestalten eine Pflanze, in der Sie zum Ausdruck bringen, aus welchen Quellen Sie sich speisen: Was sind meine Wurzeln, wo möchte ich Hinwachsen, zu welcher Blüte möchte ich kommen (denken Sie an den Begriff von Aristoteles der Eudaimonie), was sind meine Überzeugungen, wie passen diese in meine Umwelt? Lassen Sie sich leiten von der Überlegung, dass all Ihre individuellen Überzeugungen auch einen großen Einfluss darauf haben, wie es Ihnen geht, aber auch, unter welchen Gesichtspunkten Sie ihre Care-Arbeit verrichten. Also welchen Einfluss hat Ihr Selbstwert auf Ihre Gesundheit, welchen Einfluss nehmen meine Überzeugungen auf meine therapeutische und pflegerische Praxis. Wie stehe ich zu Wissenschaft, welche ethischen Maßstäbe leiten mich, woran glaube ich als Atheist, wie verhalte ich mich zum Tod?

- Probieren Sie zum Beispiel folgende Übung aus: Nehmen Sie für die gesamte kommende Wochen jeden Tag mind. 5 kleine Steinchen, Erbsen etc. in die eine Hosen/Jackentasche. Für jedes schöne Erlebnis, für jeden Anlaß zu Dankbarkeit lassen Sie nun als Zeichen des Dankes ein Steinchen in die Tasche auf der anderen Seite wandern. Das kann etwas so Banales wie ein guter Geruch sein, ein nettes Lächeln, Wolken am Himmel, jemand der Ihnen die Tür aufhält, oder auch die Begegnung mit Ihrem Partner, mit Ihrem Kind, Ihrem Klienten sein. Falls Ihnen das mit den Steinchen nicht gut liegt, können Sie auch für jeden Tag in Ihr Selbstsorge Heft mind. 5 Dinge schreiben, für welche Sie Dankbarkeit empfinden.

6.7 Ich? Wir!

„Der Papalagi hat eine besondere und höchst verschlungene Art zu denken. Er denkt immer, wie etwas ihm selbst zu Nutzen ist und ihm recht gibt. Er denkt zumeist nur für einen und nicht für alle Menschen. Und dieser eine ist er selbst. (...). ‚Lau‘ heisst in unserer Sprache mein und auch dein; es ist fast ein und dasselbe. In der Sprache des Papalagi gibt es aber kaum ein Wort, das mehr zweierlei bedeutet, als dieses Mein und Dein. Dein ist, was nur und alleine dir gehört.“ (Scheuermann & Tuiavii, 1991, S. 69)

Bevor Sie auf das Wir eingehen, lassen Sie uns das Ich, das mein Haus, mein Körper, mein, mein, mein weiter in Frage stellen:

„Es mag bereits ketzerisch erscheinen, das Ich als einen theoretischen Begriff zu bezeichnen, wo doch seine unmittelbare Evidenz tagtäglich offenbar wird. Fragen wir uns, wofür sich der Begriff des menschlichen Ich als fruchtbar erweist. Ein abgegrenztes, auf den individuellen Körper bezogenes Ich erweist sich als äußerts fruchtbar in Hinblick auf Selbstgerechtigkeit, Hierarchie, Gewinnmaximierung, Konkurrenz, Lüge, Selbstsucht und Krieg. Besonders geeignet ist dieser Ich-Begriff für die Aufrechterhaltung der Überzeugung begrenzter Energieressourcen und der damit einhergehenden Folgerung, dass

der Zufluss von Energie zu einem hin, zum Verlust dieser Energie beim anderen führen müsse. Abgesehen von äußerst vorübergehenden Ausnahmesituationen zeigt uns die Wirklichkeit ein geradezu konträres Bild. Energetische Gewinn-Gewinn-Situationen sind mittel- und langfristige konkurrierenden Vorgehensweisen gegenüber überlegen. In den ersten drei Jahren unseres Lebens kommen wir gänzlich und in der überwiegenden Zeit der im Durchschnitt restlichen 80 Jahre ganz gut ohne die Theorie eines Ich zurecht. Die größte Bedeutung hat das Ich dann, wenn wir an etwas leiden: Wenn uns etwas angetan wird oder wenn wir nicht bekommen, was wir wollen. Spielt das Ich hingegen eine Rolle bei achtsamem Zuhören, qualitätsorientiertem Arbeiten, Initiative, Fantasie, Mitgefühl oder Liebe? Wohl kaum. Dies sind gerade jene Bereiche, in denen das menschliche Selbst wirksam wird und das selbstreflexive Ich-Bewusstsein schweigt. (...) Wir halten fest: Mein Ich gehört ohne Zweifel meiner Erlebniswelt an. Ich bin durch sozial replizierende Prozesse (Memen, oder einen Wust von Memen, Memplex genannt) daran gewohnt, mich für ein empirisches Objekt zu halten. Die Begriffsverwirrung, ein Objekt der subjektiven Erlebniswirklichkeit so zu behandeln, als ob es dafür einen empirischen Referenten gäbe, setzt in ihrer Vollständigkeit mit dem dritten Lebensjahr ein. Zu diesem Zeitpunkt hat sich das Kind über die Herausbildung des propriozeptiven Sinnes die Fähigkeit erarbeitet, sich mit seinem Körper zu identifizieren. Ohne Zweifel hat der Körper eine empirische Referenz. Durch die Identifikation von Ich und Körper entsteht jedoch die fatale Begriffsverwirrung, die für unser Leiden verantwortlich ist. In einer schweren Lebenskrise, in der Lebensmitte, durch lebensbedrohliche Erkrankungen oder besonders durch eine Burnout-Situation bekommen wir die Chance, diese Verwirrung wieder aufzuheben. (Hemmerich, 2011, S. 302 ff)

Diese abschließenden Kapitel der Mäuseperspektive beschäftigt sich damit, welchen Einfluß Beziehung auf individuelles Wohlempfinden hat und schneidet beispielhaft an, wie Sie diese Beziehungen positiv gelebt werden können, sowohl beruflich, als auch privat.



Schauen Sie sich diesen kurzen [Animationsfilm](#) (4 min) zur Einstimmung an.

Forschung deutet darauf hin, dass schon das Kümmern um eine Pflanze, oder auch die Beziehung zu einem Tier, die Verantwortung über einen Garten die Menschen glücklicher macht. In einer Studie wurden Bewohner*innen einer Pflegeeinrichtung Pflanzen in ihr Zimmer gestellt. Der Hälfte der Studienteilnehmer*innen wurde die Aufgabe, sich um die Pflanze zu kümmern selber überlassen, der andere Hälfte wurde dies vom Einrichtungspersonal abgenommen. Nach sechs Monaten waren 30% der Menschen, deren Pflanzen vom Personal gepflegt wurden gestorben, eine doppelt so hohe Rate, wie in der Kohorte, die sich selbständig darum gekümmert hatte. (Adam Sternbergh, 2018). Der eine gemeinsame Nenner jeglicher Überlegungen und Forschungen zu allen Zeiten zum Thema Glück und Wohlempfinden, aber auch mit großer Wirksamkeit im Bereich der Gesundheit sind: **Gute soziale Beziehungen!** Schauen Sie sich zu dieser Erkenntnis den [Vortrag](#) (13 min., englisch mit deutscher Übersetzung) über die Langzeitstudie aus Harvard an, die schon mehrfach Erwähnung fand. Der (jetzige) Leiter Robert Waldinger verdeutlicht hier die Gewissheit von mehr individuellem Glück und Gesundheit durch die Qualität von sozialen Beziehungen.



Empathie und Mitgefühl

Sie befinden sich alle in einem Heilberuf und haben sich also mehr oder weniger bewusst dieser Erkenntnis und Weisheit schon bedient, in dem Sie die soziale Beziehung zum Klienten leben und soziales Eingebundensein zu einem Schwerpunkt in Ihrem Leben gemacht haben. Lassen Sie uns hier erneut einhaken, denn, wie Sie alle wissen, fühlt sich diese Arbeit nicht unter allen Umständen und immer beglückend an. Fragen wir uns, wie kann Empathie und Mitgefühl so gelebt werden, dass es für beide Beteiligten bereichernd ist und nicht zum Ausbrennen führt? Dazu (und noch viel mehr) schauen Sie sich



bitte aufmerksam ein 30min. deutschsprachiges [Interview](#) mit der Psychologin und Neurowissenschaftlerin Tania Singer² an.



Bitte notieren Sie sich während des Interviews, was die unterschiedlichen Netzwerke zwischen **Empathie** und **Mitgefühl** sind? Wie wird **Altruismus** definiert? Welche Inhalte werden gelehrt? Welche Ergebnisse durch die Lehre erreicht? Welche Zusammenhänge gibt es in gesellschaftlicher Hinsicht?

Eine weitere Betrachtung, die Ihnen weiterhelfen soll, das richtige Mitgefühl in sich zu erkennen und zu pflegen, da es Ihnen erlaubt eine für Sie und Ihr Gegenüber bereichernde Begegnung besonders im beruflichen Kontext zu gestalten, finden sich bei Pfeifer-Schaupp. Lesen Sie folgende beiden kurzen Kapitel:



- Die Feinde des Mitgefühls S.195
- Dem Leiden nicht Ausweichen Pfeifer-Schaupp S.129-154 (143 ohne Übungen).

Welche **institutionellen Methoden** der Stärkung sozialer Beziehungen gibt es in Ihrem Arbeitskontext? Ich gehe davon aus, dass Sie zu den Bereichen Supervision, Mediation, Mentoring und auch der [Kollegialen Beratung](#) in anderen Modulen etwas lernen, und hoffe sehr, dass Sie diese auch schon aus der Praxis kennen und vertraue darauf, dass Sie sich engagieren werden, solche institutionellen Hilfestellungen wenn nötig zu initiieren, sie zu nutzen und zu stärken. Da die kollegiale Beratung etwas ist, was Sie u.U. als Angestellte selber einführen können, da niemand kostspielig von außen dazu kommen muss, rate ich Ihnen, sich diese genauer anzusehen, auch, wenn Sie als Vorgesetzte sich für Ihr Unternehmen in diesem Sinn einsetzen.

Fremde, Freunde, Familie

Verallgemeinern Sie an dieser Stelle Ihren Blick. In welchen sozialen Netzwerken sind Sie eingebunden? Wie gut sind Ihre verschiedenen Beziehungen?

²Auch der [kritischen Hintergrund](#) kann zu Singer in Erfahrung gebracht werden:

Wo besteht Verbesserungsbedarf? Wodurch können Sie diesen erzielen? Nehmen Sie sich die Zeit, diese wertvollen Fragen selbstsorgend zu bearbeiten. Sie können noch mal zurück gehen zu der Überlegung des Glasexperimentes. Wie viele der Steine hatten mit sozialen Beziehungen zu tun? Vielleicht entwerfen Sie an dieser Stelle noch mehr der großen Steine, überlegen Sie, wie viele Arten von Beziehungen Sie leben oder leben könnten! Freundschaften, kollegiale Beziehungen, professionelle Beziehungen, Familie und Verwandtschaft, Kinder, Eltern, Nachbar*innen, Mitbewohner*innen, Bekannte, Ex-Partner*innen, und, auch besonders wichtig: Fremde.

Idee zur Reflexion:

Zeichnen Sie zwei Schaubilder. Eines soll Ihre privaten Beziehungen symbolisieren, das andere Ihre beruflichen. Im Privaten unterscheiden Sie zwischen Menschen, die Ihnen sehr nahestehen, die Ihnen nahe stehen, die sie kennen und die sich nicht kennen. Schreiben Sie nur für den engsten Kreis Namen, je weiter Sie gruppieren desto allgemeinere Bezeichnungen reichen aus.

Im Beruflichen unterscheiden Sie zwischen der Beziehung zu den Klient*innen und der zu Kolleg*innen sowie Vorgesetzten oder auch Konkurrent*innen, anderen Berufsgruppen etc. Für jede Ebene können Sie Möglichkeiten erproben, wie diese Beziehungen verbessert werden können. Dazu bedienen Sie sich aller Mittel, die Ihnen einfallen. Schreiben Sie zu jeder Ebene das Ergebnis Ihres eigenen Feldveruches dazu. Benutzen Sie die Methode des WOOP um von dem Ziel von mehr Verbindung zur konkreten Umsetzung zu gelangen. Fehlen Ihnen Ideen zur konkreten Verbesserung von Beziehungen?

Hier ein paar Ideen:

- Dieses [Interview](#) *We asked workers what brings out their creativity and they said 'other people'* (Gretchen Rubin mit Dan Schawbel, der u.a. über soziale Vernetzung im digitalen Arbeitsleben forscht und schreibt) enthält Anhaltspunkte für die Gestaltung von Arbeitsbeziehungen bzw. Verhaltensmöglichkeiten um Vereinsamung durch Digitalität entgegenzuwirken.

- Im Umgang mit Fremden: Üben Sie bewusst, einen Smalltalk beim nächsten Kontakt im Aufzug, am Bahnsteig. Sprechen Sie jemanden an! Lächeln Sie oder grüßen Sie bewusst im Vorbeigehen.
- Machen Sie aus einem Smalltalk mit einem entfernten Bekannten ein persönlicheres Gespräch.
- Gehen Sie auf einen Menschen zu, mit dem der Kontakt abgebrochen ist.
- Bedanken Sie sich ganz direkt bei einem Menschen. Für etwas sehr Großes oder etwas ganz Kleines.
- **Führen Sie in Ihrer Partnerschaft oder einer anderen engen Beziehung Zwiegespräche.**
- Begrüßen und Verabschieden Sie jeden Menschen bewusst. In der Familie, bei der Arbeit etc... Das ist wenig zeitaufwendig und nicht ungewohnt, aber vielleicht sehr wirkungsvoll.
- Vergessen Sie nicht, Ihre Prioritäten zu setzen (falls Sie mit To-Do Listen Arbeiten oder anderen Zeitmanagementmethoden): Immer wenn Sie sich fragen, habe ich Zeit für einen Kaffee mit der Freundin, den Nachbarschaftsgespräch auf der Treppe oder dem Smalltalk in der U-Bahn: Wenn Sie sich im positiven Sinn für Ihr (und das gesellschaftliche) Wohlempfinden entscheiden dann: Ja, unbedingt!
- Üben Sie im Gespräch/Telefonat/Videogespräch mit einer Vertrauensperson achtsames Zuhören zu den Erfahrungen, die die andere mit Ihren Feldversuchen zur tieferen sozialen Beziehung gemacht hat.

Der Kreis der Selbstsorge schließt sich zum übergeordneten Thema der Kommunikation. Im Kapitel 2.2.1 wurde **Selbstsorge als das Verhältnis von Selbstverantwortung und Gemeinwohlorientierung** definiert. Kommen wir abschließend aus der Mäuseperspektive wieder zurück zur Adlerperspektive, zurück zur Gesellschaft, zu einer auch durch die Selbstsorge angestrebten Vision. Eine Vision von Kooperation der Einzelnen, der Gesellschaft, der Menschen in ihrer Umwelt. Wir schließen an die Idee des Körpers an, diesen nicht als Einheit sondern als Kooperation unendlicher Mikroorganismen zu betrachten:

„Das Bild des Körpers lässt sich auch für die angestrebte integrale Gesellschaft (...) mit Gewinn heranziehen: Kohärenz; Ordnung ohne Machtgefälle; Ausgleich der Kräfte; kollektive Intelligenz; Autonomie bei der Gestaltung der Schaffensdomänen; unverbrüchliches Einverständnis, den angestrebten Lebensweg gemeinsam zurückzulegen; ständige Bereitschaft sich zu erneuern; konzentrierte Aktion beim Bewältigen komplexer Aufgaben, schlagartige Mobilisierung aller Kraftreserven beim Schulter einer schweren Last; Schönheit als Ergebnis freien Ausdrucks der Lebensfreude; Konsensgemeinschaft; Klugheit und Augenmaß bei der Anwendung notwendig werdender Schutzstrategien; unmittelbares Handeln; Empathie etc. – das alles und mehr sind Eigenschaften unserer organischen Wirklichkeit, die wir nur von den Funktionen unseres eigenen Körpers abzugucken bräuchten, um uns als Menschheit (über)lebensfähig zu machen.“ (Heimrath, 2012, S. 26)

7. Abschluss und Ausblick

Sie werden festgestellt haben, dass es nicht möglich war, die Aufteilung der Selbstsorge zu den einzelnen Kapiteln trennscharf zu vollziehen. Das liegt auch daran, dass es in der Selbstsorge Praxis, in diesem Modul, nicht um einen wissenschaftlichen Ansatz handelt, in dem Begriffe operationalisiert werden und deswegen eindeutige Definitionen benötigen. Gerne ergänzen Sie diese Liste selbständig- online oder durch Ihre Aufgabe zum Praxisbeitrag. Zum **Abschluss** und als eine Art Wiederholung und Überblick, bitte ich Sie, folgenden anspruchsvollen Text (14 Seiten) zu lesen, der sehr viele Aspekte des gesamten Moduls verknüpft und gegenüberstellt.

Breyer, T. (2017): Selbstsorge und Fürsorge zwischen Vulnerabilität und Resilienz



Es wurden in den letzten zehn Wochen Themen der individuellen Selbstsorge in Bezug zu Fragen der gesamten gesellschaftlichen Entwicklung sowie intimsten Sinnfragen, aber auch kleinste Alltagsabläufe angerissen. Wenn Sie festgestellt haben, dass sich einige Ideen, Konzepte, Erfahrungswerte und Hinweise widersprechen, dann sind Sie mit dieser Erkenntnis nicht allein. Folgen Sie gerne der Idee, diese [Widerspruchsliste](#) (Paradoxa des Glücklichen) zu erweitern.

Passen Sie gut auf sich auf!

8. Linkverzeichnis

Nummerierung	Bezeichnung, Titel	Urheber*in, Herausgeber*in	URL	Zuletzt eingesehen
1	Salutogenese	Stiftung für Salutogenese gemeinnützige GmbH	https://www.salutogenesezentrum.de/cms/main/wissenschaft/a-antonovsky.html	09.05.2019
2	Happiness	Steve Cutts	https://www.youtube.com/watch?v=e9dZQelULDk	09.05.2019
3	Happiness-The three	Seligman, M.E.P., Royzman, E.	http://pq.2004.tripod.com/happiness_three_traditional_theories.pdf	09.05.2019

	tradi- tional theo- ries			
3	The happy planet index	Marks, N.	https://www.ted.com/talks/nic_marks_the_happy_planet_index/transcript#t-7692	09.05.201 9
4	Glücks- ministe- rium	Gross national happi- ness commis- sion, Bhutan	https://www.gnhc.gov.bt/en/?page_id=47	09.05.201 9
5	Ein Glücks- minister erklärt: Darum sind viele Deut- sche so un- glück- lich	Dr. Ha Vinh Tho im Inter- view mit NEON (<i>STERN</i>)	https://mo- bil.stern.de/neon/wilde-welt/ge- sellschaft/gluecksminister-dr- ha-vinh-tho--darum-sind-so- viele-deutsche-ungluecklich- 7894280.html	15.05.201 9
6	The sci- ence of Well- being	coursera	https://www.cours- era.org/learn/the-science-of- well-being	15.05.201 9

7	Online Fragebogen (Messungen von Happiness)	University of Pennsylvania	https://www.authentic-happiness.sas.upenn.edu/testcenter	15.05.2019
8	Studien-nachweise Lyubomirsky	Lyubomirsky, S.	http://sonjalyubomirsky.com	15.05.2019
10	What determines happiness	Lyubomirsky, S.	https://www.youtube.com/watch?v=_URP3-V1sY4	15.05.2019
11	On the how of happiness	Lyubomirsky, S.	https://www.youtube.com/watch?v=OpZxT9dCH6Q	15.05.2019
12	The surprising science of happiness	Gilbert, D.	https://www.ted.com/talks/dan_gilbert_asks_why_are_we_happy#t-1260038	15.05.2019
13	Der weite Weg	Süddeutsche Zeitung Interview	https://sz-magazin.sueddeutsche.de/wissen/der-weite-weg-zum-glueck-81077	15.05.2019

	zum Glück	mit Waldinger		
14	How can mindfulness help us	Kober, H.	https://www.youtube.com/watch?v=4hKfXyZGeJY	15.05.2019
15	7 Regeln für mehr Zufriedenheit	Sagmeister, S.	https://www.ted.com/talks/stefan_sagmeister_7_rules_for_making_more_happiness?language=de	15.05.2019
16	The Cure For New York Face	Sternbergh, A.	https://de.scribd.com/article/380212594/The-Cure-For-New-York-Face	15.05.2019
17	The habits of happiness	Ricard, M.	https://www.ted.com/talks/matt_hieu_ricard_on_the_habits_of_happiness/transcript	15.05.2019
18	Inspiration zum Auffinden von Freude	TED	https://www.ted.com/playlists/656/how_to_notice_and_build_joy_into_your_life	15.05.2019
19	Tipps zum	New York Times	https://www.nytimes.com/guides/well/how-to-be-happy	15.05.2019

	Glücklicher werden			
20	There is more to life than being happy	Esfahani Smith, E.	https://www.ted.com/talks/emily_esfahani_smith_there_s_more_to_life_than_being_happy/transcript#t-646669	15.05.2019
21	Sinnforschung	Universität Innsbruck	http://www.sinnforschung.org	15.05.2019
22	Die Kraft der großen Sache	Schnabel, U. in Die ZEIT (1/19)	https://www.zeit.de/2019/01/sinn-leben-suche-sinnkrise-depression-psychologie-zufriedenheit	15.05.2019
23	Abt Muho, deutscher abt im japanischen Zen-Kloster	Die Journalistin Anne Voigt im Interview mit Abt Muho	http://annevoigt.com/de/muho-noelke.html	15.05.2019
24	Was ist der Sinn des Lebens	Sadhguru	https://www.youtube.com/watch?v=pcVA6mWvlsc&feature=youtu.be	15.05.2019

25	Burnout und Achtsamkeit	Harrer, M.E.	https://www.burnoutundachtsamkeit.at/burnout/schluesselbegriffe/stress-und-stressmodelle/	15.05.2019
26	Brief an mein Leben	ZDF	https://www.youtube.com/watch?v=LcRYVaMbMc	15.05.2019
27	Burnout ist ansteckend	Bürgel, I. in WirtschaftsWoche	https://www.wiwo.de/erfolg/management/krank-durch-stress-burnout-ist-ansteckend/8718184.html	15.05.2019
28	Burnout entsteht nicht dadurch, dass man zu viel zu tun hat	Rosa, H. in GEO Wissen	https://m.geo.de/magazine/geo-wissen/18952-rtkl-gesundheit-burnout-entsteht-nicht-dadurch-dass-man-zu-viel-zu-tun-hat	15.05.2019
29	KLUG	Deutsche Allianz Klima und Gesundheit	https://www.klimawandel-gesundheit.de	15.05.2019
30	Die Erde gehört auf die	Tagespiegel Interview mit v.	https://www.tagesspiegel.de/berlin/eckart-von-hirschhausen-zum-klimastreik-die-erde-gehört-auf-die-intensivstation/24125740.html	15.05.2019

	Intensivstation	Hirschhausen		
31	Scientists for future	Pressekonferenz	https://www.youtube.com/watch?v=OAoPkVfeTo0&feature=youtu.be	15.05.2019
32	Kritik des Anthropozäns	Manemann, J.	https://content-select.com/de/portal/media/view/55117fae-5b18-4246-987a-359bb0dd2d03	15.05.2019
33	Burnout: Ein deutsches Phänomen?	Thieme	https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1343199	15.05.2019
34	Therapie oder Arbeitskampf was hilft bei Burnout	Deutschlandradio	https://www.deutschlandfunkkultur.de/arbeit-und-psychische-erkrankungen-therapie-oder.990.de.html?dram:article_id=446695	15.05.2019
35	So hart sind die Arbeitsbedingungen in der Alten-	DGB	https://www.dgb.de/presse/++co++ad142a1e-b1c3-11e8-b360-52540088cada	15.05.2019

	Krankenpflege			
36	Achtsame Hochschulen	Thüringer Modellprojekt	https://www.achtsamehochschulen.de	15.05.2019
37	Übersicht Apps digitale Meditationsübungen	Plumvillage	https://plumvillage.org/mindfulness-practice/mindful-apps/	15.05.2019
38	Meditations App	Du hast Pause	http://www.duhast-pause.com/app/	15.05.2019
39	Meditations App	Balloon App	www.balloonapp.de/	15.05.2019
40	Meditations App	7 mind	http://7mind.de/app	15.05.2019
41	Achtsamkeitsglocke für Computer	Mindfulness Bell	https://www.mindfulnessbell.org/be-mindful-online	15.05.2019

42	Improving ourselves to death	The New Yorker	https://www.newyorker.com/magazine/2018/01/15/improving-ourselves-to-death	15.05.2019
42	Can treatment adherence be improved by using Rubin's Four Tendencies framework to understand a patient's response to Expectations	Biomed Hub	https://www.karger.com/Article/FullText/480347	15.05.2019
43	Quiz Four Tendencies	Gretchen Rubin	https://www.karger.com/Article/FullText/480347	15.05.2019

44	Wie man konstruktiver Optimist wird	Gabriele Oettingen	https://www.youtube.com/watch?v=VgX9FUWYoBQ	15.05.2019
45	Woope-Gewohnheiten überwinden	ARD Mediathek	https://www.ardmedia-thek.de/ard/player/Y3JpZDovL3N3ci5kZS8xNzMwNjA5MA/	15.05.2019
46	Was ist kulturelle Aneignung	Deutschlandfunk	https://www.deutschlandfunk.de/popkultur-debatte-was-ist-kulturelle-aneignung.1184.de.html?dram:article_id=397105	15.05.2019
47	What psychology says about materialism and the holidays	American psychological association	https://www.apa.org/news/press/releases/2014/12/materialism-holidays	15.05.2019
48	Less stuff, more	TED	https://www.ted.com/talks/graham_hill_less_stuff_more_happiness/transcript?language=de	15.05.2019

	happi- ness			
49	Mini- malis- mus blogs: Her mit dem einf- achen Leben	Utopia	https://utopia.de/sponsored-content/minimalismus-blogs/?utm_source=Interes-senten&utm_cam-paign=28cba56b87-Newslet-ter_Do_18KW29&utm_me-dium=email&utm_term=0_af58dac727-28cba56b87-262146369	15.05.201 9
50	The in- fluence of the Arts- and- Crafts Move- ment on the profes- sional status of occu- patinal therapy	Ameri- can Jour- nal of Occupa- tional Therapy	https://ajot.aota.org/arti-cle.aspx?articleid=1882330	15.05.201 9
51	Arts- and- crafts: Design in an nutshell	Open Univer- sity	https://www.y-outube.com/watch?v=CBq73yxha0o	15.05.201 9

52	Apostles of Beauty: Arts and Crafts from Britain to Chicago	The Art Institute of Chicago	https://www.youtube.com/watch?v=t55YppaiKAM	15.05.2019
53	Sperm count	The Hebrew University of Jerusalem	https://new.huji.ac.il/en/taxonomy/term/515	15.05.2019
54	Sperm count zero	GQ	https://www.gq.com/story/sperm-count-zero	15.05.2019
55	Wir waren mal schlauer	Die ZEIT	https://www.zeit.de/2019/14/intelligenzquotient-hirnforschung-messwerte-bildung-gene-konzentration/komplettansicht	15.05.2019
56	Gift in Kleidung	GEO	https://www.geo.de/natur/nachhaltigkeit/3142-rtkl-gift-kleidung-toxische-textilien	15.05.2019
57	Für eine Zukunft ohne Gift	BUND	https://www.bund.net/chemie/	15.05.2019

58	Putzen ist wie Meditation	Süddeutsche Zeitung	https://sz-magazin.sueddeutsche.de/leben-und-gesellschaft/putzen-ist-wie-meditation-81431	15.05.2019
59	Die Waldmedizin	Psychologie heute	https://www.ralf-kollinger.de/wp/wp-content/uploads/2013/05/Terpene-in-der-Natur-Ein-Waldspaziergang-und-Terpene-in-der-Waldluft-Die-Waldmedizin.pdf	15.05.2019
60	Raus ins Freie! Das ist noch gesünder als gedacht	Die Welt	https://www.welt.de/gesundheit/article156447797/Raus-ins-Freie-Das-ist-noch-gesuender-als-gedacht.html	15.05.2019
61	Feeling good	Nina Simone	https://www.youtube.com/watch?v=D5Y11hwjMNs&start_radio=1&list=RDD5Y11hwjMNs&t=0	15.05.2019
62	L.A. F. von Hochwart	Aphorismen	https://www.aphorismen.de/autoren/person/5466/Ludwig+August+Frankl+von+Hochwart	15.05.2019
63	Report Kran-	Barmer GEK	https://www.barmer.de/blob/39074/aff1a616655bfb834e666ecd8ba17372/dat	15.05.2019

	ken- haus 2010		a/infografiken-report-kh- 2010.pdf	
64	Occu- pation and Health: Are they one and the same?	Journal of Occu- pational Science	https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14427591.2007.9686577?needAccess=true	15.05.201 9
65	A better kind of happi- ness	The New Yorker	https://www.newyorker.com/tech/annals-of-technology/a-better-kind-of-happiness	15.05.201 9
66	Why do we sleep	TED	https://www.ted.com/talks/russell_foster_why_do_we_sleep/transcript?referrer=playlist-talks_to_inspire_you_to_go_to	15.05.201 9
67	Der Wert der Träume	Spekt- rum	https://www.spektrum.de/news/der-wert-der-traeume/1640622	15.05.201 9
68	El Empleo	Utopia	https://utopia.de/el-empleo-kurzfilm-job-39312/	15.05.201 9
69	Anek- dote zur Sen- kung	Veritas	https://www.veritas.at/vproduct/download/download/sku/OM_36652_8	15.05.201 9

	der Arbeitsmoral			
70	Interessenscheckliste	Schulz Kirchner	http://www.schulz-kirchner.de/a_sonstiges/publikationen_schmitt_anhang4_interessenscheckliste.pdf	15.05.2019
71	Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit	Robert Koch Institut	https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3209/24aj8tY-Vir1Lo_14.pdf?sequence=1	15.05.2019
72	What is your time really worth	TED	https://www.youtube.com/watch?v=ltwFMv-u2YE	15.05.2019
73	Happy Money	MSNBC	https://www.youtube.com/watch?v=da1ZiCzWHnE	15.05.2019
74	Rhythm is it!	Trailer	https://www.youtube.com/watch?v=_ecwOn5w3A	15.05.2019
75	Das Geheimnis des Grooves	ARTE	https://www.arte.tv/de/videos/RC-014184/das-geheimnis-des-groove/	15.05.2019

76	Über die Kraft der Routine	Business Insider	https://www.businessinsider.de/gretchen-rubin-the-four-tendencies-framework-2017-4?r=US&IR=T	15.05.2019
77	Machen Sie Ihr Bett!	Rubin, Gretchen	https://gretchenrubin.com/2014/05/former-navy-seal-and-i-agree-on-an-important-habit-not-what-you-might-expect/	15.05.2019
78	Wie Rituale uns Kraft im Alltag geben können	Grün, Anselm	https://www.youtube.com/watch?v=NCNFwvEDSX0	15.05.2019
79	Übersicht verschiedener Zeitmanagements Methoden	Landsiedel Seminare	https://www.landsiedel-seminare.de/zeitmanagement.html#abcanalyse	15.05.2019
80	Glasesperiment	Daytraining	https://www.daytraining.de/besser-leben/die-wichtigsten-dinge-im-leben/	15.05.2019

81	Speed	Trailer zum Film Speed	https://www.youtube.com/watch?v=FYLrhVBqnN4	15.05.2019
82	Hartmut Rosa: Vom Schweigen der Welt und der Sehnsucht nach Wiederhall	Globart Academy	https://www.youtube.com/watch?v=xtB71j78r-8	15.05.2019
83	Resonanz: Hartmut Rosa über die Soziologie des guten Lebens	Heinrich Böll Stiftung	https://www.youtube.com/watch?v=S-bHnM3Uwuk	15.05.2019
84	Die Weisheit der Hundertjährigen	Deutschlandfunk Kultur	https://www.deutschlandfunkkultur.de/was-wir-von-den-alten-lernen-koennen-die-weisheit-der.2147.de.html?dram:article_id=433448	15.05.2019

85	Zeitmanagement: So ein Schwachsinn	TED	https://www.youtube.com/watch?v=oy2yKVy7bx0	15.05.2019
86	Leben im Jetzt- aber wie?	Eckhart Tolle	https://www.youtube.com/watch?v=iCQ3Mq8U-2Q	15.05.2019
87	Daniel Kahneman: Das Rätsel vom Erleben vs. Gedächtnis	TED	https://www.ted.com/talks/daniel_kahneman_the_riddle_of_experience_vs_memory/transcript?language=de#t-74601	15.05.2019
88	Wundermittel Bewegung	Die ZEIT	https://www.zeit.de/zeit-wissen/2014/02/sport-bewegung-gesundheit-therapie/komplettansicht	15.05.2019
89	Yoga	Wikipedia	https://de.wikipedia.org/wiki/Yoga	15.05.2019
90	Sadhguru	Isha Sadhguru	https://isha.sadhguru.org/global/en	15.05.2019
91	Warum Meditation für	Mystics of India	https://www.youtube.com/watch?v=7qnmaD6Kl1g	15.05.2019

	Viele nicht funktioniert			
92	Unterschied zwischen Taiji und Qi-gong	Taiji Forum	https://taiji-forum.de/tai-chi/unterschied-zwischen-tai-chi-und-qigong/	15.05.2019
93	Abstract zu den Gefahren des Sitzens	Annals of internal medicine	https://annals.org/aim/article-abstract/2091327/sedentary-time-its-association-risk-disease-incidence-mortality-hospitalization-adults	15.05.2019
94	Dauersitzen macht krank	Aerzteblatt	https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/herzkreislauf/article/879042/vernachlaessigtes-risiko-dauersitzen-macht-krank.html	15.05.2019
95	Anthropocene: why the chair should be the symbol of our	The conversation	http://theconversation.com/anthropocene-why-the-chair-should-be-the-symbol-for-our-sedentary-age-105319	15.05.2019

	sedentary age			
96	Dauersitzen	Bundesministerium für Bildung und Forschung	https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/dauersitzen-korperliche-inaktivitat-am-arbeitsplatz-und-die-wirkung-auf-kardiometabolische-6712.php	15.05.2019
97	Climate change - primate change	Octopus Publishing group	https://www.octopus-books.co.uk/books/detail.page?isbn=9781788401081	15.05.2019
98	Abstract zu Kopfhaltung durch Handnutzung	PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25393825	15.05.2019
99	Smartphone Nacken mit Darstellung: Zugkraft auf Nacken	Süddeutsche Zeitung	https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/haltungsschaeden-durch-technik-aerzte-warnen-vor-dem-smartphone-nacken-1.2231463	15.05.2019

	nach Nei- gungs- winkel			
100	Rich- tige Er- näh- rung ist ein Kriegs- schau- platz gewor- den	FAZ	https://www.faz.net/aktuell/stil/essen-trinken/ernaehrung-als-kriegsschauplatz-der-ernaehrungspsychologe-erklart-15872819.html	15.05.2019
101	Your body lan- guage may shape who you are	TED	https://www.ted.com/talks/amy_cuddy_your_body_language_shapes_who_you_are/transcript?referrer=playlist-the_most_popular_talks_of_all	15.05.2019
102	Mensch- liches Mikro- biom	NIH Hu- man Microbi- ome pro- ject	https://www.hmpdacc.org	15.05.2019
103	Fee- lings (Lied)	Nina Si- mone	https://www.youtube.com/watch?v=C2IKm9gGipY	15.05.2019

104	Wut. Über ein explosives Gefühl	DLF Kultur	https://www.deutschlandfunkkultur.de/wut-ueber-ein-explosives-gefuehl.3691.de.html?dram:article_id=409112	15.05.2019
105	Gefühlslisten	Gewaltfreie Kommunikation, Gabriel Fritsch	https://www.gfk-mediation.de/downies/GefuehleBeduerfnisse.pdf	15.05.2019
106	Negative und positive Gefühle	Myron Katie The Work	http://thework.com/sites/deutsch/	15.05.2019
107	Ist Freiheit ein Gefühl?	Nina Simone	https://www.youtube.com/watch?v=nPD8f2m8WGI	15.05.2019
108	I wish I knew how to be free	Nina Simone	https://www.youtube.com/watch?v=-sEP0-8VAow	15.05.2019
109	How to make stress your friend	TED	https://www.ted.com/talks/kelly_mcgoniagal_how_to_make_stress_our_friend/transcript?nolanguage=es.Dieta	15.05.2019
110	Evidence Map of	National Center	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK268642/#results.s1	15.05.2019

	Mind-fulness	for Bio-technical Information		
111	Thich Nhat Hanh im Interview	Oprah Winfrey	https://www.youtube.com/watch?v=NJ9UtuWfs3U	15.05.2019
112	Hartmut Rosa: Achtsamkeit und Selbstbezogenheit eine Kritik aus gesellschaftspolitischer Sicht	Universität Hamburg Buddhistenmuskunde	https://www.youtube.com/watch?v=JEBh3lm_8dc	15.05.2019
113	Achtsamkeitstipps für den Alltag	Smarticular	https://www.smarticular.net/meditation-techniken-atem-gehmeditation-essen-innere-ruhe-entspannung/	15.05.2019

114	Die Heilkraft des inneren Arztes	ARTE	https://www.youtube.com/watch?v=M3O_hxmUmbI	15.05.2019
115	Mind Body Medizin (und vegetarische Ernährung in wissenschaftlichen Studien)	Prof. Dr. med. Michalsen	https://www.youtube.com/watch?v=EtYShEQ0ZWQ	15.05.2019
116	Wir Undankbaren	Neue Zürcher Zeitung	https://www.nzz.ch/feuilleton/eine-uebung-die-das-schwere-ich-befreit-ld.1324619	15.05.2019
117	Sokratische Methode-Sokratischer Dialog-Sokratisches Gespräch	e-Journal Philosophie der Psychologie	http://www.jp.philo.at/texte/WaehlerH1.pdf	15.05.2019

118	Our un-healthy obsession with choice	TED	https://www.ted.com/talks/renata_salecl_our_unhealthy_obsession_with_choice/transcript	15.05.2019
119	The paradox of choice	TED	https://www.ted.com/talks/barry_schwartz_on_the_paradox_of_choice#t-934897	15.05.2019
120	Why you should define your fears instead of your goals	TED	https://www.ted.com/talks/tim_ferriss_why_you_should_define_your_fears_instead_of_your_goals/transcript#t-82016	15.05.2019
121	Redux: Every decision my kids made me make in one day	Last word on Nothing	https://www.lastwordonnothing.com/2019/03/28/redux-every-decision-my-kids-made-me-make-in-one-day/	15.05.2019
122	Kopf oder Bauch	Die ZEIT	https://www.zeit.de/angebote/buchtipp/kahneman/index/komplettansicht	15.05.2019

123	Kairos	Wikipedia	https://de.wikipedia.org/wiki/Kairos	15.05.2019
124	Aus welchen Quellen lebe ich	Anselm Grün	https://www.youtube.com/watch?v=xLIFyvnqn7l&t=418s	15.05.2019
125	Gibt es Gott	Eckhart Tolle	https://www.youtube.com/watch?v=XvOgUb7yxso	15.05.2019
126	Wer du wirklich bist	Eckhart Tolle	https://www.youtube.com/watch?v=cLWobV6EXhY	15.05.2019
127	The present	Filmakademie Baden Württemberg	https://www.youtube.com/watch?v=3XA0bB79oGc	15.05.2019
128	What makes a good life? Lessons from the longest study on happiness	TED	https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness/transcript?referrer=playlist-the_most_popular_talks_of_all&language=en	15.05.2019

129	Sind Empathie und Mitgefühl lernbar	3 Sat	https://www.youtube.com/watch?v=BbBQZMYALH0	15.05.2019
130	Tania Singer Kritik	Buzzfeed	https://www.buzzfeed.com/de/pascalemueller/mobbing-max-planck-leipzig?utm_term=.wxwMNo0wXK#.mpvb249AQD	15.05.2019
131	Kollegiale Beratung	Dr. Kim-Oliver Tietze	http://www.kollegiale-beratung.de/Ebene1/methode.html	15.05.2019
132	Interview mit Dan Schwabel	Rubin, Gretchen	https://gretchenrubin.com/2018/11/dan-schwabel-back-to-human	15.05.2019
133	Zwiegespräch	Simplify	https://www.simplify.de/partnerschaft/beziehungsprobleme/artikel/beziehungsprobleme-wundermedizin-zwiegesprach/	15.05.2019
134	Achtsames Zuhören	Ich will meditieren	https://ich-will-meditieren.de/achtsames-zuhoeren-achtsame-kommunikation/	15.05.2019
135	Happiness Paradoxes	Gretchen Rubin	https://gretchenrubin.com/2011/03/11-happiness-paradoxes-to-contemplate-as-you-think-about-your-happiness-project/	15.05.2019

9. Literaturverzeichnis

Adam Sternbergh. (2018, Mai 27). The Cure For New York Face. Abgerufen 11. September 2018, von Scribd website: <https://www.scribd.com/article/380212594/The-Cure-For-New-York-Face>

Bekel, G. (2007). Selbstsorge als zentraler Gegenstand des Pflegediskurses. In K.-F. Wessel (Hrsg.), *Selbstsorge: wissenschaftstheoretische und gesundheitspolitische Dimensionen* (S. 25–47). Bielefeld: Kleine.

Besser-Jones, L. (2016). Eudaimonism. In *Routledge handbooks in philosophy. The Routledge handbook of philosophy of well-being* (S. 187–196). London ; New York: Routledge.

Frankl, V. E., & Weigel, H. (2017). *trotzdem Ja zum Leben sagen: ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. München: Penguin Verlag.

Gregory, A. (2016). Hedonism. In *Routledge handbooks in philosophy. The Routledge handbook of philosophy of well-being* (S. 113–123). London ; New York: Routledge.

Großmaß, R., & Perko, G. (2011). *Ethik für soziale Berufe*. In *UTB Soziale Arbeit, Sozialpädagogik: Bd. 3566*. Paderborn: Schöningh.

Heimrath, J. (2012). *Die Post-Kollaps-Gesellschaft: wie wir mit viel weniger viel besser leben werden - und wie wir uns heute schon darauf vorbereiten können*. München: Scorpio.

Hemmerich, F. H. (2011). *Wendepunkt Burnout: Anleitungen für die Praxis ; das Salutogenese-Konzept*. Augsburg: MaroVerl.

Hontschik, B. (2006). *Körper, Seele, Mensch: Versuch über die Kunst des Heilens* (Orig.-Ausg., 1. Aufl). In *Suhrkamp-Taschenbuch: Bd. 3818* (Orig.-Ausg., 1. Aufl). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hontschik, B., & Adler, R. (Hrsg.). (2013). *Auf der Suche nach der verlorenen*

Kunst des Heilens: Bausteine der Integrierten Medizin ; mit 4 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.

Juli Zeh. (2018, November 5). Ich bin eine gute bezahlte Arbeitslose. *Interview Tagesspiegel.*

Kaupinnen, A. (Hrsg.). (2016). Meaningfulness. In *The Routledge handbook of philosophy of well-being.* London ; New York: Routledge.

Kondo, M. (2016). *Spark Joy.* Random House UK.

Kraut, R. (2016). Aristotle on Well-Being. In *Routledge handbooks in philosophy. The Routledge handbook of philosophy of well-being* (S. 20–28). London ; New York: Routledge.

Küstenmacher, W. T., & Seiwert, L. (2003). *Simplify your life: einfacher und glücklicher leben ; [die sieben Wege zu einem Leben ohne Ballast]* (10. Aufl). Frankfurt/Main: Campus-Verl.

Leiter-Rummerstorfer, M. E. (2017). *Sokratische Selbstsorge: ein Beitrag zum guten Leben heute* (Originalausgabe). In *Alber-Reihe Thesen: Bd. Band 68* (Originalausgabe). Freiburg: Verlag Karl Alber.

Matsumoto, K., & Höhn, W. (2015). *Die achtsame Kunst des Putzens: wie wir Haus und Seele reinigen.* München: Goldmann.

Meyer, Adolf. (1977). *The philosophy of Occupational Therapy.* 31(10), 639–642.

Ortgies, Lisa. (2018). *War das schon alles?* Abgerufen von https://econsites.uzh.ch/~hannes/Stern_2018May31.pdf

Rabe, M. (2007). Fürsorge und Selbstsorge als ethische Grundorientierungen der Pflege. In K.-F. Wessel (Hrsg.), *Selbstsorge: wissenschaftstheoretische und gesundheitspolitische Dimensionen* (S. 35–47). Bielefeld: Kleine.

Saur, M. (2015, März 28). Der Leiter der Grant-Studie im Interview. Abgerufen 11. September 2018, von Süddeutsche Zeitung Magazin website: <https://sz-magazin.sueddeutsche.de/wissen/der-weite-weg-zum-glueck-81077>

Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P., & Berting-Hüneke, C. (Hrsg.). (2007). *Ergotherapie: vom Behandeln zum Handeln ; Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung ; 58 Tabellen* (3., überarb. und erw. Aufl). Stuttgart: Thieme.

Scheuermann, E., & Tuiavii. (1991). *Der Papalagi: die Reden des Südseehäuptlings Tuiavii aus Tiavea* (Erw. Neuaufl. der Orig.-Ausg. von 1920). Zürich: Tanner + Staehelin.

Schmid, W. (1998). *Philosophie der Lebenskunst: eine Grundlegung* (1. Aufl). In *Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1385* (1. Aufl). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Seligman und Royzman - Happiness The Three Traditional Theories.pdf. (2004). Abgerufen von http://pq.2004.tripod.com/happiness_three_traditional_theories.pdf

Thich, N. H. (2002). *Ärger: Befreiung aus dem Teufelskreis destruktiver Emotionen* (1. Aufl). In *Arkana* (1. Aufl). München: Goldmann.

Tolle, E., & DiCarlo, R. E. (2016). *The power of now: a guide to spiritual enlightenment*. London: Yellow Kite.

Ursula Wolf. (2017). Zusammenfassung. In *Alber-Reihe Thesen: Bd. Band 68. Sokratische Selbstsorge: ein Beitrag zum guten Leben heute* (Originalausgabe). Freiburg: Verlag Karl Alber.

Walsch, N. (1997). *Gespräche mit Gott. 1: Ein ungewöhnlicher Dialog* (10. Aufl). Goldmann Verlag.

Weber, A. (2012). *Alles fühlt: Mensch, Natur und die Revolution der Lebenswissenschaften* (4. Aufl). In *Bloomsbury-Taschenbuch: Bd. 0423* (4. Aufl). London: Bloomsbury-Verl.

Wessel, K.-F. (Hrsg.). (2007). *Selbstsorge: wissenschaftstheoretische und gesundheitspolitische Dimensionen*. Bielefeld: Kleine.

Wilcock, A. A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science*, 14(1), 3–8. <https://doi.org/10.1080/14427591.2007.9686577>

Wink, R. (Hrsg.). (2016). *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung*. Wiesbaden: Springer.



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Health Care Professionals

**Bachelorstudiengang:
Interprofessionelle Gesundheits-
versorgung – online**

**Modul A5:
Beratung und Schulung**

Impressum

Modulentwicklung:

Cordula Lackenbauer (Dipl.-Psychologin) und Maike Pöhler (M.Sc.-Psychologin)

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



Definition



Tip



Information



Podcast



Video



Austausch

Wir bemühen uns, alle Quellen und Literaturhinweise online bereit zu stellen. Wir verweisen im Text auf Literatur. Die vollständigen bibliographischen Angaben aller dort genannten Titel finden Sie im Literaturverzeichnis.

Literatur, die als Pflichtlektüre zu betrachten ist, ist als solche gekennzeichnet. Präsenzzeiten und eLearning dienen zur Vertiefung und zur praktischen Übung. Unterlagen zu den eLearning-Veranstaltungen erhalten Sie zeitnah zu den jeweiligen Terminen.

Einige Kapitel schließen mit Übungen ab. Diese Übungen dienen zur Vertiefung und Selbstreflexion des Kapitels. Sie werden nicht benotet. Sie können zum Teil im Rahmen der Präsenzphasen thematisiert werden. Sollte sich, trotz Überprüfung, bei einem Link der Fehlerteufel eingeschlichen haben, so würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns darauf aufmerksam machen

Inhalt

1.	Willkommen	5
2.	Überblick, Lernziele und Prüfungsleistung	5
2.1	Prüfungsleistung „Interprofessionelles Schulungskonzept“	7
2.2	Rahmenbedingungen für Ihre Prüfungsleistung	8
3.	Beratung	10
3.1	Definition	10
3.2	Rechtlicher Rahmen von Beratungen	11
3.3	Beratungsansätze und -methoden	13
3.4	Beratungsprozess	17
3.5	Systematische und strukturierte Vermittlung von Wissen – Patient_innenedukation am Beispiel der Psychoedukation	20
3.6	Beratung durch Mediennutzung? Ja, das geht! Oder doch nicht?	21
3.7	Wichtige Aspekte in der Beratung	23
4.	Schulung	27
4.1	Vorbereitung des Schulungskonzeptes (siehe Prüfungsleistung Kapitel 2) ..	27
4.2	Methoden	28
4.3	Vortragskompetenzen	30
4.3.1	Rhetorik	30
4.3.2	Auftreten	33
4.3.3	Präsentation	35
4.3.4	Sprachliches Ausdrucksvermögen und Anpassung	38
4.4	Motivierendes Dozent_innenverhalten	39
4.5	Umgang mit (vermeintlich) schwierigen Teilnehmer_innen	43
4.6	Evaluation von Schulungen	44
5.	Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung gesundheitlicher Themen	46
	Literaturverzeichnis	49
	Linkverzeichnis	50
	Glossar	60

1. Willkommen

Sie werden in diesem Modul erfahren, dass die Themen Schulung und Beratung fester Bestandteil in Ihrem Arbeitsbereich sind. Schulungen und Beratungen sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Sie werden genutzt, um aktuelle Entwicklung der eigenen Profession z.B. Behandlungsmethoden, Diagnostik oder Befunderhebung in die eigene Arbeit aufzunehmen, aber auch um sich immer wieder mit Grundlagen zu beschäftigen.

Wenn Sie bereits Erfahrung mit Schulung und Beratung haben, können Sie Ihre Kompetenzen in diesem Modul vertiefen.

Beratung ist ein spezielles Setting in Ihrem Arbeitsbereich indem Sie Ihr Wissen aus der Gesprächsführung anwenden. Beratung setzt eine Haltung des Beratenden voraus, sodass der Ratsuchende sein Anliegen wertfrei Vortragen kann. Im Beratungsprozess wird eine individuell passende Lösung entwickelt. Eine Schulung in Ihrem Arbeitsbereich hingegen bezieht sich auf die Vermittlung von relevanten Kenntnissen zur Wahrung und zur Entwicklung des Qualitätsstandards.

Mit diesem Modul möchten wir Sie befähigen, sich mit beiden Themen sicherer zu fühlen. Sie erwerben Fertigkeiten, um einerseits Beratungen und Schulungen für Klient_innen und Angehörige anzubieten und andererseits diese als Instrument für Personalentwicklung zu verstehen und zu nutzen.

2. Überblick, Lernziele und Prüfungsleistung

Ziel des Moduls A5 ist der Erwerb von fachlichen Kompetenzen mit dem Schwerpunkt, gezielt Fertigkeiten für die Berufspraxis zu erwerben. Sie profitieren hier von dem aufbauenden Wissen aus den vorherigen Modulen A1-A4 und wenden es auf die Themenbereiche Schulung und Beratung an.

Ihre Kenntnisse über Beratung und Schulung sollen Sie zur Entwicklung eines eigenen Schulungskonzeptes nutzen. Unterstützende praktische Übungen zu dem Erlernten finden in der Präsenzphase dieses Moduls statt mit dem Ziel, Ihr Schulungskonzept final zu schärfen.

Am Ende dieses Moduls haben Sie ein eigenes Schulungskonzept entwickelt, das Sie direkt für Ihre berufliche Praxis nutzen können.

Im Detail beschäftigen sich die Studierenden im Modul A5 mit folgenden Inhalten:

Wissen:

- Sie kennen den rechtlichen Rahmen für Beratung und Schulung.
- Sie können zwischen den verschiedenen Beratungsansätzen, -modellen, und -methoden unterscheiden.
- Sie kennen den theoretischen Aufbau eines Lernszenarios.
- Sie haben einen Überblick über verschiedenen Lehrmethoden.

Fertigkeiten:

- Sie können die Grundlagen der beratenden und patientenabgestimmten Gesprächsführung anwenden.
- Sie analysieren komplexe Situationen und können unterschiedliche Beratungsmethoden anwenden.
- Sie können in schwierigen Kommunikationssituationen verschiedene Feedbackmethoden anwenden.
- Sie analysieren komplexe Situationen und leiten daraus den Schulungsbedarf für Patient_innen und Angehörige ab (Zielgruppenanalyse).
- Sie sind befähigt, kollegiale und patientenorientierte Schulungen zu konzipieren und durchzuführen.
- Sie reflektieren Ihre eigene Rolle in Beratungssituationen.

- Sie erkennen den personellen Weiterbildungsbedarf in Ihrem Arbeitskontext und leiten personenbezogene Maßnahmen daraus ab.
- Sie erkennen die Grenzen Ihrer eigenen Professionalität und wissen weiterführende Möglichkeiten.
- Sie kennen Methoden zur Beratung und Aufklärung gesundheitlicher Themen für die Öffentlichkeit.

2.1 Prüfungsleistung „Interprofessionelles Schulungskonzept“

Die Erarbeitung eines eigenständigen Schulungskonzeptes ist Ihre zu erbringende Prüfungsleistung für das gesamte Modul A5. Es wird benotet.

Das Erstellen eines Schulungskonzeptes ist eine intensive Arbeit, die Sie deshalb unbedingt für ihre Berufspraxis nutzen sollten. Sie können Schulungen für Patient_innen, Angehörige, interprofessionelle oder monoprofessionelle Teams entwickeln.

Oder Sie wollen für eine andere Berufsgruppe eine Schulung entwickeln, z. B. zu dem Thema Transfer, Rückenschonendes Arbeiten, Dysphagie, Affolter, Bobath, etc.- alles ist möglich!

Vielleicht ist es in Ihrem Arbeitskontext üblich, über bereits besuchte Fortbildungen in Ihrem Team zu berichten. Für diese Multiplikator_innenfunktion können Sie beispielsweise ein Schulungskonzept erstellen.

Sie können Ihr Schulungskonzept frei wählen: so wie Sie es für Ihre Berufspraxis brauchen!

Sollten Sie aktuell leider nicht die Möglichkeit haben, aus der Praxis für die Praxis ein Schulungskonzept zu entwickeln, ist in diesem Ausnahmefall auch ein fiktives Szenario denkbar.

2.2 Rahmenbedingungen für Ihre Prüfungsleistung

- Zur Vorbereitung Ihrer Prüfungsleistung bedarf es einer umfangreichen Literaturrecherche zum Thema Schulung. Schlagworte wie „Weiterbildung“, „Handbuch“, „Erwachsenenbildung“, „Training“, „Methoden“, etc. können hier hilfreich sein.
- Entwickeln Sie einen geeigneten und ansprechenden Titel für Ihre Schulung
- Welche Zielgruppe(n) sprechen Sie an?
- Wie homogen oder heterogen schätzen Sie diese Zielgruppe(n) in Bezug auf Ihr Schulungsthema ein?
- Überlegen Sie sich im Vorfeld Ihre minimale und maximale Teilnehmer_innenzahl
- Dauer: Wie lang brauchen Sie für Ihr Thema, um es in Theorie und Praxis ausreichend zu schulen (mindestens 1 Zeitstunde)
- Format/Ort: Eigene oder fremde Räume (Inhouse Schulung) oder Online-Schulung (z.B. Webinar)
- Wie akquirieren Sie Ihre Teilnehmer_innen? Entwickeln Sie einen geeigneten Veranstaltungshinweis (z.B. einen Flyer oder eine Facebook Veranstaltung – siehe Kapitel 5)
- Entwickeln Sie mithilfe der tabellarischen Übersicht die Konzeption Ihrer Schulung:
 - ⇒ Zeit
 - ⇒ Thema
 - ⇒ Ziel
 - ⇒ Methode
 - ⇒ Wirkfaktor
 - ⇒ Material
 - ⇒ Teilnehmer_innen-Zustand

- ⇒ Fragen
- ⇒ Eigene Rolle
- ⇒ Visualisierung
- ⇒ Rhetorik und Auftreten
- ⇒ Plan B
- Planen Sie mindestens zwei Methoden aus dem Bereich der Erwachsenenbildung ein. Begründen Sie die Auswahl der Methoden schriftlich in Ihrem Schulungskonzept in Bezug auf die Rahmenbedingungen, Zielsetzung und Zielgruppe
- Ihr Konzept muss ein Lernszenario enthalten (siehe Übung unter 4.5)!
- In Ihrem Schulungskonzept verschriftlichen Sie auf ca. einer Seite Ihre Gedanken zur Vortragskompetenz. Was möchten Sie an rhetorischen Fertigkeiten anwenden?
- Wie gestalten Sie Ihren Auftritt in der Schulung? Orientieren Sie sich an dem Video und Literaturhinweisen im Kapitel 4.3.
- Wählen Sie mindestens zwei Aktivierungsmöglichkeiten aus und beschreiben Sie diese in Ihrem Schulungskonzept (z.B. unter Plan B). Diese müssen nicht zur Anwendung kommen, helfen Ihnen aber flexibel und motivierend auf die Teilnehmer_innen einzugehen.
- Entwickeln Sie ein Handout für die Teilnehmer_innen.
- Erstellen Sie einen Evaluationsbogen für Ihre Schulung.
- Ihr Schulungskonzept muss ein Literaturverzeichnis mit allen verwendeten Quellen haben.
- Das Schulungskonzept erstellen Sie in einem Word Dokument und senden es vor der Präsenzphase an die Seminarleitung.
- Während der Präsenzphase am Ende des Semesters müssen Sie Ihr Schulungskonzept einer kleinen Beratungsgruppe (3-4 Studierenden) vorstellen mit dem Ziel, es zu schärfen und offene Fragen durch die Beratung Ihrer Mitstudierenden zu klären.

- Nach der Schärfung Ihres Schulungskonzepts in der Präsenzphase wird Ihr finales Schulungskonzept in geeignetem Format in Mahara eingestellt und bewertet.

3. Beratung



3.1 Definition

Der Begriff der Beratung ist zwar sehr gängig, wird aber sehr unterschiedlich definiert. Hier einige Definitionen:

„ein zwischenmenschlicher Prozess (Interaktion), in welchem eine Person (der Ratsuchende oder Klient) in und durch die Interaktion mit einer anderen Person (dem Berater) mehr Klarheit über eigene Probleme und deren Bewältigung gewinnt. Das Ziel der Beratung ist die Förderung von Problemlösekompetenz.“ (Rechtien 2004b, S. 16)

Beratung (Nußbeck, 2014, S.21)

- Beratung ist ein zwischenmenschlicher Prozess in sprachlicher Kommunikation.
- Beratung dient neben der Vermittlung von Informationen der Verbesserung der Selbststeuerung und dem Aufbau von Handlungskompetenzen, der Orientierung und Entscheidungshilfe, der Hilfe bei der Bewältigung von Krisen.
- Der Ratsuchende ist veränderungswillig, sucht die Beratung in der Regel freiwillig und ist aktiv am Prozess beteiligt.

- Der Berater braucht Fachwissen über das Problemfeld und Beratungswissen zur Beziehungsgestaltung.



Literatur

Mit der nachfolgenden Literatur bieten wir Ihnen eine Auswahl. Bitte sichten Sie die Bücher und wählen Sie die Literatur, die für Ihr Beratungskonzept passend ist!

- Nußbeck, S. (2014). Einführung in die Beratungspsychologie. Stuttgart: UTB.
- Schröder, A. (2004). Psychologie und Beratung. In: Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.), Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge (S. 49-60). Tübingen: DGVT.
- Schrödter, W. (2000). Beratungspraxis und ihre empirische Erforschung. In: Körner, W. & Hörmann, G. (Hrsg.), Handbuch der Erziehungsberatung: Praxis der Erziehungsberatung (S. 401-412). Göttingen: Hogrefe.
- Schrödter, W. (2004). Ethische Richtlinien für Beratung. In: Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.), Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge (S. 449-467). Tübingen: DGVT.
- Kollbrunner, J. (2017). Psychosoziale Beratung in Therapieberufen. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

3.2 Rechtlicher Rahmen von Beratungen

In Schulungen und Beratungen wird mit sensiblen personenbezogenen oder auch unternehmensrelevanten Daten gearbeitet (z.B. Fallbeispielen). Für den interprofessionellen Umgang mit diesen Daten ist es unumgänglich, sich mit den rechtlichen Rahmenbedingungen für das jeweilige Berufsfeld, aber auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu befassen und diese konsequent einzuhalten.

Ein gängiges Instrument, um über bestimmte personenbezogene Daten zu sprechen, ist die Schweigepflichtentbindung. Diese ermöglicht Ihnen den interprofessionellen Austausch.



Übung

Erstellen Sie eine Schweigepflichtentbindung für einen Beratungsauftrag, die Sie real in Ihrem Arbeitsfeld nutzen können. Bedenken Sie genau, wem gegenüber Sie von der Schweigepflicht entbunden werden sollen, z. B. Angehörige, Fachärzte, Ämter und weitere Institutionen.

Recherchieren Sie Vorlagen und Bausteine für eine Schweigepflichtentbindung, die unbedingt enthalten sein müssen.

Die jeweiligen Berufsverbände Ihres Berufes bieten hierfür sehr gute Informationen an im Internet.

- Berufsbereich Ergotherapie:
<https://dve.info/> (abgerufen am: 19.12.2017)
- Berufsbereich Physiotherapie:
www.physio-deutschland.de (abgerufen am: 19,12.2017)
- Berufsverband Logopädie:
<https://www.dbl-ev.de/> (abgerufen am: 19.12.2017)
- Berufsbereich Pflege:
<https://www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/index.php> (abgerufen am: 19.12.2017)

Im Moodle wird es einen Arbeitsbereich geben, wo Ihre Schweigepflichtentbindungen gesammelt werden. Suchen Sie sich einen/eine andere Studienkollegen_in aus, um sich ein gegenseitiges Feedback zu geben.

**Tipp**

Beim Erstellen Ihrer Schweigepflichtentbindung helfen Ihnen Schlagworte wie:
Briefkopf – Wer – Wem – Was – Wofür - An wen - Wie lange – Widerruf

3.3 Beratungsansätze und -methoden

Zur Einleitung ein kurzes Fallbeispiel: Ein Vater eines entwicklungsverzögerten Kindes kommt zur Beratung in eine Ergotherapie Praxis. Er möchte von der Ergotherapeutin wissen, wie er sein Kind beim Erlangen der größtmöglichen Selbständigkeit bei Alltagstätigkeiten und im Spiel unterstützen kann.

Beratung setzt eine innere Haltung bei der Beraterin voraus, die frei von einem „Lösungsdruck“ sein sollte. Die Beraterin geht offen und vorurteilsfrei in den Kontakt und erarbeitet auf der Grundlage von verschiedenen Gesprächsführungstechniken Fragen, deren Beantwortung die ratsuchende Person ihre Lösung aufzeigen sollen.

Ist die ratsuchende Person überfordert, kann die Beraterin mögliche Lösungen als Empfehlungen vorstellen, damit der Vater seine passende Lösung finden kann. Die eigentliche Arbeit im Beratungsprozess ist dennoch das eigenständige Entwickeln von Lösungen der ratsuchenden Person, sprich des Vaters. Die Lösungen müssen nicht deckungsgleich mit den Lösungsideen oder noch weiter gefasst mit den Lebensentwürfen, Werten und Normen der beratenden Ergotherapeutin sein. Sie können sogar konträr zu ihren inneren Werten stehen.

Die Lösungen basieren auf den Ressourcen und Lebenswelten der ratsuchenden Person, die somit im Mittelpunkt steht.

Die Lösungen müssen im Kontext des Vaters sinnvoll und anwendbar sein - nicht in dem Lebenskontext der Ergotherapeutin!

Beratung ist keine Erziehung, keine (Psycho-) Therapie und keine Schulung im Sinne von Weitergabe von Informationen/Anweisungen. Berater_in verfügen über eine Wissensexpertise, über die die ratsuchende Person nicht verfügt. Benötigt die ratsuchende Person Informationen, um für sich selbst zu einer Lösung oder einer Entscheidung zu kommen, informiert der/die Berater_in über diverse Möglichkeiten, aus denen die ratsuchende Person dann ihre/seine eigene Lösung/Entscheidung entwickeln kann.



In der angegebenen Literatur (z. B. Nußbeck, 2014) finden Sie folgende Beratungskonzepte ausführlich beschrieben:

Psychoanalytisch orientierte Beratung

Die von Sigmund Freud entwickelte Richtung der Psychoanalyse geht von bewussten und unbewussten Persönlichkeitsanteilen aus. Jedem Menschen stehen nur gewisse Informationen bewusst zur Verfügung- andere sind im Unbewussten verborgen, können aber Verhalten bestimmen und/oder Lösungen blockieren. Durch Methoden wie Assoziationen entwickeln, Widerstände wahrnehmen und auflösen sowie mit der Übertragung/ Gegenübertragung können unbewusste Inhalte ins Bewusstsein gebracht werden. Damit kann ein tieferes Verständnis für das Problem, aber auch für die Lösung entwickelt werden. (Nußbeck, 2014, S. 52)

Kognitiv-behavioral orientierte Beratung

Basierend auf den Lerntheorien geht dieser Ansatz davon aus, dass nicht zielführendes Verhalten gelöscht werden kann, um dann durch neu erlernte und zielführende Verhaltensweisen ersetzt zu werden. Das Menschenbild geht von einem manipulierbaren Menschen aus, der Verhalten abbauen und aufbauen kann. Verhalten wird zum Beispiel durch operante Verstärkung aufgebaut. Abbau gelingt über Bestrafung wie zum Beispiel das Ignorieren von Verhaltensweisen.

Durch die Methode der kognitiven Umstrukturierung lassen sich recht leicht Verhaltensänderungen trainieren, die der ratsuchenden Person schnelle Hilfe und Veränderung ermöglichen. (Nußbeck, 2014, S. 60)

Klientenzentrierte/Personenzentrierte Beratung

Die in der Psychologie als Dritte Kraft bekannte Richtung wurde maßgeblich von Carl R. Rogers geprägt. Rogers postuliert die Grundannahme, dass der Mensch von Natur aus gut sei. Damit legt er auch fest, dass die Entwicklungsrichtung des Menschen, bei Rogers als Aktualisierungstendenz bezeichnet, gut ist. Rogers versteht Beratung als einen Prozess, in dem der ratsuchende Mensch sein Selbstbild reflektiert und korrigieren kann. Ein Kernelement ist dabei das Erlangen einer Kongruenz. Diese Deckungsgleichheit von Denken und Fühlen ermöglicht Menschen eine ganzheitliche Sichtweise auf das Leben und gibt ihnen das Urteilsvermögen, auch ganzheitliche Entscheidungen zu treffen.

Mindestens ebenso bedeutsam wie sein Menschenbild sind die drei hinreichenden Bedingungen für das Gelingen einer therapeutischen Beziehung: Empathie, Akzeptanz und Kongruenz von Seiten der Berater und Beraterinnen sind grundlegende Voraussetzungen. Damit ist eine Beziehung auf Augenhöhe geschaffen, die die ratsuchende Person zum/zur Expert_in des Problems oder besser der eigenen Lösungen macht. (Nußbeck, 2014, S. 57)

Systemorientierte Ansätze

Systemorientierte Ansätze gehen von einer konstruktivistischen Sichtweise aus. Die bekanntesten sind die systemische, lösungsorientierte und ressourcenorientierte Beratung, die im Folgenden kurz beschrieben werden (Nußbeck, 2014, S. 67):

Systemische Beratung

Der Mensch wird als soziales Wesen verstanden und als solches in systemische Strukturen „hineingeboren“. Das menschliche Verhalten wird maßgeblich

von diesen Strukturen geprägt. Auf das Familiensystem bezogen bedeutet es, dass Interaktion und Kommunikation innerhalb der Familie eine massive Prägung des kindlichen Verhaltens bewirkt. Der/die sogenannte „Indexklient/In-dexklientin“ oder auch „Problemträger/Problemträgerin“ wird innerhalb des Systems betrachtet, in dem sich das Problem zeigt, z. B. in Familie, Schule oder Arbeit. Anders als bei den bisherigen Ansätzen wird der/die Indexklient_in als die Person gesehen, die als erste erkannt hat, dass im System ein Problem besteht und nach einer Lösung verlangt. Das Problemverhalten/Symptom, so störend es auch sein mag, ist eine Reaktion auf die Störung im System und damit bereits als Lösungsversuch zu verstehen. Damit behindert sich der/die Indexklient_in in seiner/ihrer eigenen Entwicklung. Innerhalb der systemischen Beratung werden die unterschiedlichen Perspektiven genutzt, um zu wirklichen Lösungen zu kommen, die allen Menschen im System guttun. Bekannte Methoden in der systemischen Beratung sind zirkuläre Fragen, Reflecting Team, Reframing, Hypothesisieren und die Familienskulptur (Nußbeck, 2014, S. 67).

Lösungsorientierte Beratung

Diese Richtung ist auch als lösungsorientierte Kurzzeittherapie bekannt. Am besten lässt sich das Vorgehen mit dem Satz beschreiben: „Das Problem ist die Lösung!“ (Vgl. Video von Paul Watzlawick von 1987 aus Modul A3!) Anders als in den drei großen Kräften der Psychologie geht es nicht um ein Verstehen des Problems, sondern um den Fokus auf die Lösung in der Zukunft: was muss sich verändern, damit das Problem nicht mehr auftaucht? Besonders bekannt ist die „Wunderfrage“ oder auch die „Verschlimmerungsfrage“. Die Beratung wird unterstützt durch das Ansprechen von kognitiven wie auch emotionalen erhofften Haltungen, die sich mit der Lösung einstellen würden. Diese Anker lenken die Arbeit in der Beratung zur angemessenen Lösung (Nußbeck, 2014, S.74).

Ressourcenorientierte Beratung

In besonderer Abkehr von der psychoanalytischen Schule aber im engen Zusammenhang mit der lösungsorientierten Beratung versteht sich dieser Ansatz. Im Mittelpunkt stehen die Ressourcen, also die Motivations- und Kraftquellen des beratungssuchenden Menschen. Interne und externe Ressourcen werden erkannt und benannt, um mit diesem personenspezifischen Potential eine individuelle Lösung zu erreichen (Nußbeck, 2014, S. 76).



Übung

Informieren Sie sich über die benannten Beratungskonzepte! Fassen Sie ein Beratungskonzept Ihrer Wahl z. B. als Mindmap, Schaubild oder stichpunktartig zusammen (1 DIN A4 Blatt) und stellen Sie es in ein dafür vorgesehenes interaktives Tool „Karteikasten Beratungskonzepte“ in Moodle oder Mahara ein.

Reduzieren Sie die Informationen auf das Wesentliche.

Alle Studierende stellen ihre Zusammenfassungen zur Verfügung, so dass Sie auf alle gängigen Beratungskonzepte einen Zugriff haben.

Vorschau auf eine Übung in der Präsenzphase am Ende des Moduls:

Freue Sie sich auf Ihren Einsatz als Berater_in mit Ihrem neugewonnenen Wissen! Während der Präsenzphase werden Sie sich Ihre selbsterstellten Schulungskonzepte (Prüfungsleistung) vorstellen. Sie werden sich mit Ihren Kommilitonen professionell beraten, um die Schulungskonzepte in der Qualität zu schärfen und offene Fragen zu klären.

3.4 Beratungsprozess

Der Beratungsprozess wird je nach Literatur unterschiedlich beschrieben. Dennoch lassen sich vier Kernphasen unterscheiden (Warschburger, 2009, S. 44):



1. Problemdefinition (Ist-Zustand erheben) /Auftragsklärung
2. Zieldefinition (Soll-Zustand)
3. Intervention: Schritte vom Problem zur Lösung
4. Evaluation

Berater_in sind im Beratungsprozess mit Themen wie „Lösungsdruck“, „Problemtrance“, „Liebe zum Problem“, „Retter in der Not“, „Angst vor Veränderungen“ konfrontiert. Im Prozess können sich spezifische Anforderungen bei der ratsuchenden Person wie „Angst vor eigenen Entscheidungen“ oder auch „Angst vor der Übernahme von Verantwortung für die eigenen Entscheidungen“ zeigen und den Prozess beeinflussen. Die Erwartungshaltung der ratsuchenden Person, die Lösung doch nun endlich von der Beraterin oder dem Berater präsentiert zu bekommen, führt immer wieder zu einer Klärung der Rolle, der Beziehung und des Auftrages. Dabei ist es Aufgabe der Beraterin bzw. des Beraters, der ratsuchenden Person zu verdeutlichen, dass diese lösungskompetent ist und dass genau diese Kompetenz in der Beratung gestärkt werden soll.

Auch wenn der Leidensdruck hoch scheint, so gibt die Beratungssituation bestimmt durch die Haltung der Berater_in der ratsuchenden Person Sicherheit im Umgang mit dem Problem. Soll dem Leidensdruck nachgegeben werden, so muss sich die ratsuchende Person auf Neues einlassen. Sie betritt unbekanntes Terrain und braucht Unterstützung für die ersten Schritte. Dieser Prozess erfolgt in dem Tempo der ratsuchenden Person und erfordert viel Mut und Stärke. Der Prozess ist geprägt von Aktivität und Entwicklung, aber auch von Stagnation.

Ebenso begleitend für den gesamten Beratungsprozess ist das Aufzeigen von „vielen Wahrheiten“. Es gibt nicht nur eine Sichtweise auf das Problem, es gibt

auch nicht nur einen Lösungsweg oder gar eine Lösung- auch das muss der/die Berater_in und die ratsuchende Person aushalten können!

Der Prozess kann auch wie folgend charakterisiert werden:

„Die Wahrheit ist selten so oder so. Meistens ist sie so und so.“
(Geraldine Chaplin)

„Wenn das die Lösung ist, will ich mein Problem zurück!“
(Nelly Arnold)



Pflichtliteratur

- Schlippe von, A. & Schweitzer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 1 Das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schwerpunkt! Lesen Sie in diesem Buch Kapitel 6 und 7.

- Warschburger, P. (2009). Beratungspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer.

Schwerpunkt! Lesen Sie in diesem Buch Kapitel 7 zur „Gesundheitsberatung“. In Ihrer Präsenzphase wird diese Literatur Grundlage einer Arbeits- und Diskussionseinheit sein.

- Radatz, S. (2001). Beratung ohne Ratschlag. Systemisches Coaching für Führungskräfte und BeraterInnen. Wien: Verlag Systemisches Management.

Schwerpunkt! Lesen Sie Kapitel 4, 5 und 7.



Spezialwissen und weiterführende Literatur

- Prior, M. (2008). Beratung und Therapie optimal vorbereiten: Informationen und Interventionen vor dem ersten Gespräch. Heidelberg: Auer.
- Meier, D. & Szabó, P. (2008). Coaching-erfrischend einfach. Einführung ins lösungsorientierte Kurzzeitcoaching. Luzern: solutionssurfers.

- Weinberger, S. (2011). Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim, München: Juventa-Verlag.

3.5 Systematische und strukturierte Vermittlung von Wissen – Patient_innenedukation am Beispiel der Psychoedukation

Der Ansatz, dass der/die Klient_in Expert_in für sein/ihr Leiden ist, spiegelt sich auch in den umfassenden Ansätzen der Gesundheitsberatung wieder. Es ist ein wichtiger Aspekt, den Menschen in seinem Expertentum fachgerecht zu unterstützen und wertvolle Informationen zukommen zu lassen. Wie Sie selber wissen ist die Informationsflut durch das Internet quantitativ aber nicht immer qualitativ wertvoll. Die Patient_innenedukation ist gerade deshalb eine wertvolle Unterstützung.

Aber was wird unter Patient_innenedukation verstanden?

Definition Patient_innenedukation

Unter Patient_innenedukation wird das Wissen und die Fähigkeiten verstanden, die Menschen benötigen, um mit ihrer Dysfunktion im Alltag umgehen zu können. Sie beinhaltet alle Formen der Wissensvermittlung wie strukturierte Schulung, Anleitung, Information und Aufklärung. Ebenso beinhaltet sie die professionelle Beratung zu Fragen von Patient_innen und Angehörigen (Sailer, 2010).

Jede Form der Dysfunktion/Beeinträchtigung/Erkrankung steht für eine Veränderung im Leben und kann sich auf das psychische Wohlbefinden auswirken bis hin zur Verfestigung einer psychischen Störung, z.B. in Form einer Depression. Da die Beratung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund der krankheitsbedingten Besonderheiten in der Kommunikation und Interaktion besondere Herausforderungen an alle Berufsgruppen stellt, soll an dieser



Stelle auf die Psychoedukation als Beispiel der Patient_innenedukation genauer eingegangen werden. Aber was genau wird unter Psychoedukation verstanden?



Definition Psychoedukation

„Psychoedukation bezeichnet die Vermittlung von Wissen über psychische Störungen an Betroffene, einschließlich Angehörige, meist eingebettet in umfassendere Behandlungsansätze. Vor allem, aber nicht nur in der kognitiven Verhaltenstherapie und im psychiatrischen Kontext wird angenommen, dass ein guter Teil von Behandlungserfolgen, aber auch der Therapiemotivation und der Fähigkeit, selber aktiv mitzuwirken, auf ein besseres Verständnis von Störung und Therapie zurückgeht“ (Dorsch, 2004, S.745).



Übung

Recherchieren Sie Literatur zum Thema Patient_innenedukation oder Psychoedukation. Schauen Sie nach, ob es speziell für Ihr Berufsfeld Literatur gibt. Veröffentlichen Sie den interessantesten Fachartikel, den Sie gefunden haben in einem dafür vorgesehenen Bereich in Moodle.

Lesen Sie sich mindestens eine Veröffentlichung Ihrer Studienkolleg_innen aus einem fachfremden Berufsfeld und schreiben Sie einen Kommentar mit den drei wichtigsten Erkenntnissen aus der ausgewählten Literatur. Hieraus können interessante Diskussionen mit Ihren Studienkolleg_innen entstehen. Sie sind selber dafür verantwortlich, sich mit Ihrem neuen Wissen zu beteiligen. Die Diskussion mit Ihren Kolleg_innen lebt von der Beteiligung aller Studierenden!

3.6 Beratung durch Mediennutzung? Ja, das geht! Oder doch nicht?

Online-Beratung, Telefonberatung oder Apps sind rasant wachsende Angebote, die Menschen erreichen, die vorher keinen oder nur schwer Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten vor Ort hatten.

Zwei Beispiel spezieller Onlineberatung finden Sie hier:

<https://jugend.bke-beratung.de/views/home/index.html>

(abgerufen am: 19.12.2017)

<http://www.u25-freiburg.de/>

(abgerufen am: 19.12.2017)

Aktuell entwickelt sich ein großer Markt für Apps, die ihre User im Bereich Lifestyle, Wellness aber auch Gesundheit unterstützen wollen. Einen kurzen Einblick zur Evidenz finden Sie hier:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/180500/Gesundheits-Apps-Viele-Chancen-wenig-Evidenz>

(abgerufen am 24.01.2018)

Eine sehr ausführliche und umfassende Studie zu diesem neuen multiprofessionellen Forschungsfeld können Sie hier einsehen:

<http://www.charismha.de/>

(abgerufen am 24.01.2018)



Übung mit Austausch

Bedenken Sie die Chancen und Grenzen der Online-Beratung, Telefon-Beratung oder die Nutzung von Apps, besonders für vulnerable Patienten. Recherchieren Sie im Internet nach Online-Beratungs- bzw. Telefon-Beratungsangeboten oder nach „Gesundheits-Apps“.



Für welchen Bereich oder für welche Zielgruppe bietet Ihr ausgewähltes Angebot Unterstützung an? Definieren Sie die Zielgruppe! Worin erkennen Sie die Unterstützung, worin die Grenze? Finden Sie, dass das vorgestellte Angebot eine sinnvolle Unterstützung ist oder sogar schädigend?

Im Moodle wird ein Diskussionsforum eröffnet mit dem Namen „Chancen und Grenzen der Beratung durch Mediennutzung“. Diskutieren Sie dort Ihre gefundenen Angebote mit Ihren Studienkolleg_innen kontrovers!

3.7 Wichtige Aspekte in der Beratung

Beratungssettings im Gesundheitswesen

Altbekannt aber nicht altbewährt ist die Arzt-Klienten-Beratung, die sich immer noch durch eine hierarchische Struktur zwischen Experte_in (Ärzt_in) und Laie (Patient_in) auszeichnet.

Moderne Beratungsansätze in der Gesundheitsversorgung wie unter 3.3. beschrieben zeichnen sich durch den beschriebenen Paradigmenwechsel in der Beziehung zwischen Berater_in und ratsuchender Person aus. Sie erlauben, dass die ratsuchende Person als Experte_in für individuelle Fragen und Lösungen auftreten darf.

Die Kontaktgestaltung ist von Wertschätzung, Respekt und Empathie geprägt. Die Beziehung ist gleichberechtigt und auf Augenhöhe, frei von hierarchischen oder autoritären Strukturen.

Darüber hinaus soll die Beratung Räume eröffnen, in denen die ratsuchende Person Antworten finden kann. Dieser Anspruch setzt sich auch im direkten Setting fort. Beratungsräume sollten eine angenehme Atmosphäre ausstrahlen, mit guten Sitzmöglichkeiten und idealer Weise mit einem runden Tisch ausgestattet sein.

Der Zeitrahmen einer Beratung sollte zwischen 45-60 Minuten liegen. Das Gespräch sollte ohne Störungen (Telefon, Unterbrechungen durch Klopfen an der Tür, etc.) möglich sein.

Die berufliche Realität ist oft eine andere. Zum Beispiel bei Hausbesuchen müssen Sie sich auf die Bedingungen vor Ort einstellen und das Setting adaptieren. Bei allen Kompromissen sollte dennoch bedacht werden, dass die Gestaltung des Settings einen großen Einfluss auf die Beratung hat.



Reflexionsübung

Nehmen Sie sich einen kurzen Moment Zeit und machen Sie sich Gedanken zu folgenden Punkten:

- In welchem Setting findet in Ihrem beruflichen Kontext Beratung statt?
- Was sind positive wie auch negative Einflussfaktoren?
- Welche Rahmenbedingungen können Sie verändern, welche nicht?
- Welche Stellgrößen können Sie für die Veränderung des Settings nutzen?
- Was für Erfahrungen haben Sie durch den Einfluss des Settings auf Ihre Beratungsqualität bisher gemacht?

Die Auswirkung der Arzt-Patienten-Hierarchie zeigen sich anhand von physiologischen Reaktionen beim Patienten. Dieses Phänomen ist auch als Weißkittelleffekt bei Bluthochdruck bekannt.

Für mehr Informationen:

www.blutdruck-und-bluthochdruck.de/weisskittelhypertonie/#

(abgerufen am: 19.12.2017)

Die hier beschriebenen Auswirkungen auf physiologische Merkmale lassen sich auch auf emotionale Prozesse übertragen. Starke Emotionen wie Angst und Scham wirken negativ auf Denk- und Lernprozesse.

Zielgruppenabgestimmtes Beraten

- Kultursensibel beraten/Menschen nicht deutscher Herkunft
- Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung
- Menschen mit Demenz
- Angehörigenberatung
- Hochstrittige Personen

- Chronisch psychisch kranke Menschen
- Menschen mit Sprach- und Sprechstörungen
- ...



Übung

Wie muss sich ein Beratungskonzept an die jeweilige Personengruppe anpassen? Wählen Sie eine Personengruppe aus und entwickeln Sie ein Fallbeispiel- real oder fiktiv. Erstellen Sie ein Beratungskonzept für ein Erstgespräch, aus dem Ihre Adaptionbedingungen deutlich zu erkennen sind.

Beschränken Sie sich bei der Konzeption auf maximal 2 Seiten (gerne auch stichpunktartig).

Stellen Sie Ihren Kommilitonen Ihre Ausarbeitungen auf Mahara zur Verfügung. Geben Sie sich Feedback per Peer-Review in Gruppen zu je 3-4 Personen.

Erweitern Sie die aufgeführte Liste der möglichen Zielgruppen und überlegen Sie sich für jede Gruppe grundlegende Adaptionmöglichkeiten wie z.B. die Anpassung der Sprache (Leichte Sprache) oder die Vorgabe von Entscheidungsmöglichkeiten bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.

Grenzen von Beratungsansätzen und Kenntnisse von weiterführenden Disziplinen

In der Beratung werden Sie häufig an Ihre Grenzen stoßen. Hier ist es wichtig, sich diese Grenzen einzugestehen und auf Kenntnisse von weiterführenden Disziplinen zurückgreifen zu können. Es lohnt sich, eine Übersicht zu erstellen (siehe Übung) mit wichtigen Kontaktdaten der wichtigsten Netzwerkpersonen und Institutionen wie z.B.

- Erziehungs- und Familienberatungsstellen (EFB)
- Sozialpsychiatrischer Dienst (SPD)
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)

- Jugendamt
- Fachärzte
- Selbsthilfegruppen
- Psychotherapeuten
- Beratungsstellen für pflegende Angehörige
- Drogenberatung
- Telefonseelsorge
- Psychosoziale Beratungsstellen
- Krisendienst
- Kinderschutzhotline
- Etc.

Diese Angebote sind in der Regel kostenfrei. Sie schützen die Privatsphäre der Ratsuchenden und sollten nach dem Prinzip der Vertraulichkeit auf der Grundlage einer Schweigepflichtentbindung aufbauen. Wägen Sie bei der Weiterleitung von Klienten ab, ob diese Grundsätze gewährleistet sind!

Die Praxis zeigt, dass ein Ankommen bei der empfohlenen Person/Institution eher gelingt, wenn konkrete Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) mitgegeben werden. In Krisenfällen ist auch eine gemeinsame Kontaktaufnahme zu empfehlen!



Übung

Erstellen Sie eine Liste mit den 5 wichtigsten Beratungsstellen, die Sie für Ihre berufliche Praxis benötigen! Teilen Sie diese Informationen mit Ihren Mitstudierenden in einem dafür vorgesehenen Moodle Forum.



Reflexionsübung

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit für folgende Gedanken:

Wo sehen Sie die Grenzen Ihrer Beratungskompetenz? Woran erkennen Sie das diese Grenze erreicht ist? Wann verweisen Sie an andere Professionen/Fachdienste?

4. Schulung

Schulungen richten sich an Kollegen_innen, Mitarbeiter_innen, Klient_innen und Angehörige. Anders als in der Beratung, in der ein individueller Auftrag verfolgt wird, befähigen Schulungen zu dem Umgang mit einem Themengebiet. Ziel ist es, Menschen Theorie und Praxis zu vermitteln, damit diese professioneller agieren können.

Damit ist auch schon der wichtigste Aufbau von Schulungen genannt: neben der Vermittlung von Theorie (Kennen) muss eine Vertiefung dieses Wissens durch Übungen in die Praxis (Können) vermittelt werden. Ziel einer Schulung ist der Erwerb von Wissen und Handlungsmöglichkeiten.

Lernen ist ein lebenslanger aktiver Prozess, der die Adaptationsfähigkeit des Menschen an seine Lebensanforderungen bestimmt. Diese Lernprozesse finden z.B. in Schulungen statt.

Pflichtliteratur

- Siebert, H. (2010). Methoden für die Bildungsarbeit. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.



4.1 Vorbereitung des Schulungskonzeptes (siehe Prüfungsleistung Kapitel 2)

Jedes Schulungskonzept bedarf einer individuellen Erstellung. Neben der Entwicklung eines Titels sollte mit einer kurzen Beschreibung der Schulung für
Letzte Aktualisierung: 31.03.2018, Bearbeiterinnen: Cordula Lackenbauer und Maïke Pöhler

die potentiellen Teilnehmer begonnen werden. Mit dieser Zusammenfassung und Darstellung erschaffen Sie einen Entwurf für die grundlegende Struktur sowie für die Wahl der Methoden und die damit verbundene Durchführung. Im weiteren Verlauf kann dieser erste Entwurf durch die intensive Beschäftigung mit den theoretischen Inhalten und den Übungen stetig verändert werden- bis die Inhalte, die Struktur und die Methoden sicher gewählt sind.

Zur Orientierung sollten Sie folgende Aspekte bearbeiten:

- Zielgruppenanalyse/Erwartungen/Vorwissen
- Kompetenzziele
- Rahmenbedingungen
- Planungsstruktur
- Methoden
- Evaluation

Für die Konzeption der Schulung erstellen Sie eine tabellarische Übersicht, die ihnen hilft die unterschiedlichen Aspekte über den gesamten Zeitraum zu verfolgen.

Zeit	Thema	Ziel	Me- thode	Wirk- faktor	Mate- rial	TN Zu- stand	Fra- gen	ei- gene Rolle	Visualisie- rung	Rhetorik und Auftreten	Pla n B
13.00	Ankom- men									z.B. Blickkon- takt beim Be- treten des Schulungsrau- mes und kur- zes „Hallo“	
13.05	Erwar- tungen der Teil- nehmer										
13.35											

4.2 Methoden

Methoden dienen der Strukturierung und Orientierung in einer Schulung und vor allem der Erreichung des Kompetenzziels. Jede Methode ermöglicht einen

unterschiedlichen Zugang zu einem Thema. Das Wissen über die vielfältigen Methoden ermöglicht Ihnen eine gezielte und begründete Wahl für Ihre Schulung!

Übung



In der Pflichtlektüre von Siebert (2010) sind nur einige gängige Methoden der Erwachsenenbildung genannt. Es gibt darüber hinaus noch viele andere, die Sie kennen sollten.

Recherchieren Sie nachfolgende Methoden und erstellen Sie für sich Karteikarten:

- Name der Methode
- Ziel der Methode
- Teilnehmer_Innen-Zahl
- Ablauf
- Material
- Zeit
- Fazit

Moderationsmethoden

PZHL, Fishbowl, 4 Ecken, SOA_R, 54321, SWOT, ABC-Kreise, Soziogramm, Ampel, Murmelgruppe, Abfragen (Karten, Skalen, Punkte)

Gesprächsmethoden

Fragetechnik, Kugellager, Aktives Zuhören, Interview, Brief schreiben, Feedback, Geschichten, Wunderfrage

Großgruppenmethoden

Wisdom Council, Ai, RTSC, World Café, Zukunftskonferenz, Open Space, Storytelling, Dragon Dreaming, Szenario

Evaluationsmethoden

Fragebogen, Ampelfeedback, Impuls-Feedback, Punkteabfrage, Koffer packen

Auch Auflockerungsmethoden zur Aktivierung gehören in Ihr Methodenrepertoire unter sind unter Punkt 4.5 näher beschrieben. Bedenken Sie auch diese Elemente in Ihrem Schulungskonzept!



Weiterführende Literatur

- Döring, K. (2008). Handbuch lehren und trainieren in der Weiterbildung. Weinheim [u.a.]: Beltz.

4.3 Vortragskompetenzen

In dem vorhergehenden Modul A1 haben Sie bereits viel über Rhetorik/non-verbale Kommunikation gelernt. Dieses Wissen sollen Sie nun vertiefen und auf den Bereich Schulung (und Beratung) anwenden.

4.3.1 Rhetorik

Der Begriff Rhetorik stammt aus dem altgriechischen und bedeutet „Redekunst“. Die Rhetorik unterteilt sich nach Aristoteles wie folgt (vgl. Aristoteles: Rhetorik, 1999):

- Logos (Rationalität/ das Argument. Auch: Sprechen, Wort, Rede)
- Pathos (Emotionen)
- Ethos (Glaubwürdigkeit)

Der griechische Philosoph Aristoteles (384 – 322 vor Christus) beschreibt die Rhetorik als Kunst der Überzeugung und das Argument als entscheidendes

rhetorisches Mittel. Die enorme Wirkkraft der Emotionen ist Aristoteles ebenfalls bewusst. In seinem Manuskript beschreibt Aristoteles, dass eine Rede nicht nur beweisend und überzeugend sein soll, sondern den Zuhörer auch in eine bestimmte Verfassung versetzen soll.

Der Rhetoriker Marcus Tullius Cicero (106–43 vor Christus) gesteht den Emotionen mehr Wert zu. "Nichts ist in der Beredsamkeit wichtiger, als dass der Zuhörer dem Redner geneigt sei und selbst so erschüttert werde, dass er sich mehr durch einen Drang des Gemütes und durch Leidenschaft als durch Urteil und Überlegung leiten lasse." (Cicero, De oratore – Über den Redner, 2, 178)

Cicero formuliert die Aufgaben des Redners wie folgt (Cicero, De oratore – über den Redner, 1997):

- Inventio (Kreativität): kreative Findung des Redestoffes
- Dispositio (Struktur): sinnvolle Auswahl und Gliederung des Redestoffes
- Elocutio (Sprache): Sprachschatz/sprachliche Vollendung des Redestoffes
- Memoria (Gedächtnis): Tiefe Erinnerung und freie Sprache des Redestoffes
- Pronuntiatio (Auftritt): tatsächliche Aussprache und Ausübung der Rede

Die antike Rhetoriklehre von Aristoteles, Cicero und weiteren Rhetorikern der Antike gilt auch heute. Viele Politiker bedienen sich dieser antiken rhetorischen Mittel.

John F. Kennedy setzte mit seiner Rede 1963 in Berlin einen Höhepunkt in der Geschichte der Redekunst. Ein beeindruckendes Beispiel für den Wert der Emotionen liefert seine Rede vor dem Rathaus Schöneberg am 26. Juni 1963.

Sein Satzsatz ist simpel aber löst eine unglaubliche Welle der Emotionen aus.

„Alle freien Menschen, wo immer sie leben mögen, sind Bürger dieser Stadt West-Berlin, und deshalb bin ich als freier Mann stolz darauf, sagen zu können: Ich bin ein Berliner.“

John F. Kennedy, 1963

Übersetzung der Rede von US-Präsident John F. Kennedy vor dem Rathaus Schöneberg am 26. Juni 1963. Quelle:

<https://www.berlin.de/berlin-im-ueberblick/geschichte/artikel.453085.php>

(abgerufen am: 19.12.2017)



Vertiefende Literatur

- Knappe, J. (2000). Was ist Rhetorik? Stuttgart: Reclam.
- Göttert, K.-H. (2015). Mythos Redemacht. Eine andere Geschichte der Rhetorik. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag

Training rhetorischer Fähigkeiten

Rhetorik setzt sich aus der Kombination von Gesten, Blicken und der Intonation zusammen. Es ist eine Fähigkeit, die geschult werden kann. Unabhängig von den zu vermittelnden Inhalten schaffen Sie es, Ihre Zuhörer_innen mitzunehmen und zu überzeugen.



Übung

Besonders gut lassen sich rhetorische Fertigkeiten trainieren, indem Sie ein Thema/Argumentation vorbereiten, für das Sie eigentlich die Gegenpartei ergreifen würden. Denn dann ist es besonders an Ihren rhetorischen Fähigkeiten zu überzeugen!

Sind Sie passionierter Nichtraucher- dann Argumentieren Sie für das Rauchen! Sind Sie ein „eingefleischter“ Vegetarier- dann halten Sie ein mitreißendes Statement für den Genuss von Fleisch oder gar für die Massentierhaltung! Erstellen Sie ein kurzes einminütiges Video, indem Sie gegen Ihre eigentliche Grundüberzeugung argumentieren! Überlegen Sie genau, wie Sie überzeugen können durch Blicke, Gesten und auch durch die spezielle Betonung/Pausen!

Teilen Sie Ihr Video mit mindestens zwei auserwählten Mitstudierenden und geben Sie sich gegenseitiges Feedback.



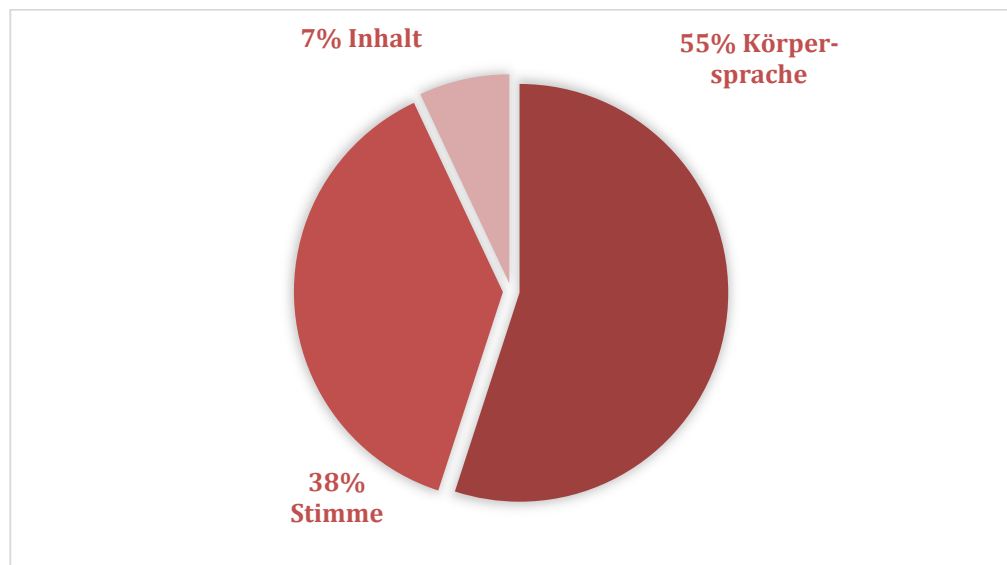
Wollen Sie noch mehr über Rhetorik lernen? Dann sind Sie hier richtig: Debattieren und Reden für Schüler, Studenten, Berufstätige in Berlin z.B. jeden Mittwoch um 19:30 Uhr, Schönhauser Allee 58, 10437 Berlin - im Cafe Enpassan (Quelle: <http://streitkultur-berlin.net/>, abgerufen am: 19.12.2017) oder jeden Dienstag um 18 Uhr in der Dorotheenstr. 24 im Raum 1.601 (Haus eins, sechster Stock). (Quelle: <http://www.debating.de/>, abgerufen am: 19.12.2017).

4.3.2 Auftreten

Die 55-38-7 Regel von Albert Mehrabian

Der iranisch-amerikanische Psychologe Albert Mehrabian (geb. 1939 im Iran) zeigte mit seiner Studie „Inference of Attitude from Nonverbal Communication in Two Channels“ (The Journal of Counselling Psychology 31, S. 248-252, 1967), dass bei Präsentationen vor Gruppen

- 55 % der Wirkung durch die Körpersprache (Körperhaltung, Gestik, Augenkontakt)
- 38 % der Wirkung durch die Stimmlage und
- 7% der Wirkung durch den Inhalt bestimmt wird (der Inhalt kann in etwa gleichgesetzt werden mit Logos aus der aristotelischen Rhetorik)



Diese enorme Bedeutung von nonverbaler Kommunikation und nonverbaler Kompetenz wird häufig unterschätzt. Sie ist aber maßgeblich für den Auftritt verantwortlich.



Übung

Suchen Sie im Internet bekannte Reden (z.B. <https://www.youtube.com/> oder <http://www.rhetorik-netz.de/beruehmte-reden/>, abgerufen am: 19.12.2017) und suchen Sie sich eine Rede aus, die Ihnen besonders gefällt. Warum haben Sie diese Rede ausgesucht? Orientieren Sie sich bei der Beschreibung an den drei Aspekten Aristoteles, den fünf Aspekten Ciceros oder dem Mehrabian Kreis.



Video

Schauen Sie sich zur Zusammenfassung und Vertiefung Ihres Wissens folgenden Film an:

Arte: Nonverbale Kommunikation - Das Geheimnis der Körpersprache

<https://www.youtube.com/watch?v=8-3ywrAoMII>

(abgerufen am: 19.12.2017) Dauer: 25:45 min.

Letzte Aktualisierung: 31.03.2018, Bearbeiterinnen: Cordula Lackenbauer und Maike Pöhler



Vertiefende Literatur

- Poggendorf, A. (2012). Angewandte Teamdynamik - Methodik für Trainer, Berater, Pädagogen und Teamentwickler. Kapitel 6: Proxemisch herangehen - Raumbedeutung kennen und Raumverhalten interpretieren. Berlin, Düsseldorf: Cornelsen.

Gedankenexperiment

Sie haben in Ihrer Lernbiographie mit vielen unterschiedlichen Menschen zu tun gehabt, die Sie in Ihrem Auftritt und mit der daraus resultierenden Wirkung erlebten. Nehmen Sie sich einen Moment Zeit und denken Sie an Lehrkräfte aus Ihrer Schul- oder Ausbildungszeit und vergleichen Sie das unterschiedliche Auftreten dieser Personen. Zu welchem Fazit kommen Sie und was bedeutet das für Ihre eigene Schulung/Auftritt?

4.3.3 Präsentation

Eine Präsentation sollte stets sach- und zuhönergerecht sein. Zu Beginn sollte sichergestellt sein, dass alle der Präsentation folgen können. Eine kurze Frage wie „Können mich alle gut hören und sehen?“ kann dafür gestellt werden. Sollte sich eine Person daraufhin melden, kann man zusammen herausfinden, wie die Bedingungen verbessert werden können (z.B. kann man eine ausgedruckte Version der Präsentation überreichen, bitten, sich weiter nach vorne zu setzen, etc.)

Um die Aufmerksamkeit und Motivation der Teilnehmer_innen aufrecht zu erhalten, lohnt es sich im Vorfeld abzuwägen, welche Form der Präsentation angemessen ist, um den Sachinhalt zu vermitteln. Der Einsatz verschiedener Medien und Visualisierungen verspricht eine abwechslungsreiche Präsentation. Verschiedene optische Reize regen das Interesse an und helfen den Teilnehmer_innen konzentriert zu bleiben. Visualisierungen komplexer Themen erleichtern den Transfer in das Gedächtnis.

Präsentationen mit Hilfe verschiedener Medien und Materialien gestalten:

- Laptop und Beamer
- Whiteboard
- Tafel
- Flip-Charts
- Moderationswände
- Moderationskarten
- Magnetleisten
- Pinnwände
- Etc.

Sie sollten sich aus den verschiedenen Medien und Materialien die aussuchen, die einerseits gut zu Ihnen passen und andererseits zur Vermittlung der Inhalte geeignet sind. Oftmals werden für Präsentationen ein Laptop, ein Beamer und eine Powerpoint Präsentation verwendet. Für unser Gehirn ist es oft schwer, sich die Informationen zu merken und abzuspeichern, weil z.B. bei einer Powerpointpräsentation die Folien nicht sichtbar bleiben. Sie wechseln sehr schnell. „Alternative“ Präsentationsmedien wie z.B. Moderationswände oder Flip-Charts sind deshalb sehr beliebt. Kreative und individuelle Visualisierungen, die im Raum dauerhaft präsent sind, erleichtern dem Gedächtnis die Verarbeitung und Speicherung der Informationen.



Übung

Gestalten Sie ein Flip-Chart. Das Flipchart soll Ihre Person und Funktion vorstellen und alle für Sie relevanten beruflichen Merkmale beinhalten. Fotografieren Sie es und stellen es in Ihr Portfolio.



Tipp

- Machen Sie vorher eine Skizze
- Halten Sie den Flip-Chart Stift auf sieben Uhr

- Legen Sie den Handballen auf
- Nutzen Sie die weiße Seite, nicht die karierte Seite (meist scheint die karierte Seite durch und kann als Orientierung auf dem Chart genutzt werden)
- Verwenden Sie Druckschrift
- Umrahmen Sie das gesamte Flip-Chart (ca. zwei Kästchen vom Papierrand)
- Die Stifführung sollte sehr langsam und gleichmäßig sein
- Beachten Sie: Weniger ist mehr!
- Ein Buchstabe pro Kästchen
- Nutzen Sie Symbole und Textcontainer



Stifthaltung 7 Uhr



Vertiefende Literatur

- <http://bikablo.kommunikationslotsen.de/> (abgerufen am: 19.12.2017)
- <https://managementpsychologie.wordpress.com/2014/10/08/tipps-zur-flipchartgestaltung/> (abgerufen am: 24.01.2018)



Tipp

Präsentationen werden häufig mit Microsoft PowerPoint, Prezi (<https://prezi.com/de/>, abgerufen am: 24.01.2018) oder anderen Programmen erstellt. Es lohnt sich im Internet nach verschiedenen Programmen zur Präsentationserstellung zu suchen. Haben Sie sich für ein Programm entschieden und sich mit den Werkzeugen des Programms auseinandergesetzt, kann man dasselbe Programm routiniert und zeitsparend benutzen.

Sollten Sie zukünftig eine Präsentation mit einem Laptop und Beamer planen, denken Sie an folgende, wichtige Details:

- Benötigte Technik vorhanden? Mikrofon (falls mit Kabel, Kabellänge lang genug um sich im Raum zu bewegen?), Lautsprecher und das Ladekabel für den Laptop
- Helligkeit und Akustik im Raum beachten

Teilnehmer_innen wünschen sich oft eine Kopie der Präsentation per E-Mail. Sie sollten sich vorher überlegen, ob Sie die Präsentation weiterreichen möchte. Dann formatieren Sie die Präsentation als .pdf. Achten Sie darauf, dass persönliche Kommentare nicht in dem .pdf gespeichert sind!

4.3.4 Sprachliches Ausdrucksvermögen und Anpassung

Wie schon bei dem Thema Rhetorik angesprochen, ist der angemessene Einsatz der Sprache ein Wirkfaktor, der trainiert werden kann.

Für Schulungen sollten Sie folgendes wissen und üben:

- Sprechen Sie langsam und deutlich.
- Formulieren Sie einfache Sätze.
- Setzen Sie Pausen gezielt ein.
- Stellen Sie zwischendurch Fragen.
- Vermeiden Sie überflüssige Fachbegriffe.
- Erklären Sie notwendige Abkürzungen und Fachbegriffe.
- Humor ist gut, wenn er gut ist!

Schauen Sie sich den Vortrag von Sandra Mantz „Kommunikation in der Pflege“ an. Welche Elemente (Humor, Musik, Beispiele aus anderen Lebensbereichen, etc.) würde Sie gern für Ihr Schulungskonzept übernehmen? Arbeiten Sie die Elemente in die tabellarische Übersicht zur Entwicklung des Schulungskonzeptes mit ein.



<https://www.youtube.com/watch?v=ZrRGSpl3YTw>

(abgerufen am: 19.12.2017)

Letzte Aktualisierung: 31.03.2018, Bearbeiterinnen: Cordula Lackenbauer und Maike Pöhler

Über Sandra Mantz:

„Sandra Mantz gilt als innovative Vordenkerin in Dialogkompetenz und Sprachkultur. Sie ist Sprachkompetenztrainerin, Gesprächstherapeutin und Inhaberin der SprachGUT® Akademie im Odenwald. Auf der Bühne versteht sie es, das Auditorium in die Welt der positiven Sprachbilder zu führen und so einzigartige und inspirierende Impulse für den beruflichen Kontext zu geben.“

(Quelle: <https://www.sprachgut-akademie.de/>, abgerufen am: 19.12.2017, Dauer: 35:42 min.)



Übung

Nehmen Sie sich beim Sprechen auf und hören Sie genau hin, wie Sie wirken (Tempo, Verständlichkeit, etc.) Sie können zum Aufnehmen Ihrer Stimme das kostenlose Programm Audacity nutzen (Quelle: <http://www.audacity.de/>, abgerufen am: 19.12.2017). Oder nutzen Sie die Aufnahmefunktion Ihres Smartphones.

4.4 Motivierendes Dozent_innenverhalten

Als Dozent_in Ihrer Schulung sind Sie kooperative/r Lernpartner_in für die Teilnehmer_innen. Sie achten auf die Verständlichkeit, motivierende Ansprache, auf das Lern- und Unterrichtsklima sowie auf den aktiven Einbezug.

Die Haltung, die bei der Beratung ausführlich beschrieben wurde, ist auch hier handlungsleitend. Das meint für interprofessionelle Schulungen insbesondere eine wertschätzende und anerkennende Grundhaltung der einzelnen Professionen und Personen!

Sollte der Kontakt zur Gruppe innerhalb der Schulung verloren gehen, ist unverzüglich zu ermitteln, was die Gruppe braucht, um der Schulung zu folgen:

- Sind die Inhalte/Fachbegriffe verständlich?

- Ist der Theorieteil zu lang? Braucht die Gruppe eine aktive Lernmethode zur Verarbeitung der vorgestellten Information/Theorie?
- Braucht die Gruppe weitere Erklärungen oder hat ein Bedürfnis nach Austausch?
- Ist die zeitliche Struktur zu eng geplant: Was kann zu einer Entlastung führen? Was kann weggelassen werden?
- Welches Thema/Störung steht bei der Gruppe an, die es zunächst gilt zu klären, um dann in den geplanten Prozess erneut einzusteigen?
- Ist die Gruppe müde und braucht eine Auflockerungsübung? Diese sollten Sie immer in Ihrem Methodenkoffer dabei haben! Es bedarf Mut und Stringenz, diese auch umzusetzen- aber die Gruppe wird es Ihnen auch nach anfänglicher Unlust danken!

Aktivierungselemente für Ihren Methodenkoffer

Es wird vorkommen, dass sich die Teilnehmer_innen einer Schulung müde fühlen und eine Aktivierung brauchen. Verschiedene Aktivierungselemente können die Motivation auf einem wünschenswerten Level halten:

- Bewegung
- Timeline
- Rollenspiele
- Sketche
- Theater
- Braingym
- Rätsel
- Spiele
- Überraschungen
- Etc.



Übung

Letzte Aktualisierung: 31.03.2018, Bearbeiterinnen: Cordula Lackenbauer und Maike Pöhler

Recherchieren Sie verschiedene Aktivierungsübungen und wählen Sie drei aus, die Ihnen besonders gut gefallen, aus. Beschreiben Sie diese Übungen genau. Verschriftlichen Sie ebenfalls die Instruktion zu den Übungen. Testen Sie mindestens eine Übung an Ihren Kolleg_innen oder im Freundes- oder Bekanntenkreis. Somit können Sie sich ein Feedback einholen und Ihre Instruktion anpassen. Durch diese Übung werden Sie sicherer!



Weiterführende Literatur

- Döring, K. (2008). Handbuch lehren und trainieren in der Weiterbildung. Weinheim [u.a.]: Beltz.

Vor allem Kapitel 4: Motivierendes Dozentenverhalten und der Umgang mit den Teilnehmern.

Die Praxis in die Schulung holen: Theoretischen Aufbau eines Lernszenarios



Definition

Ein Lernszenario beschreibt ein Ereignis aus Ihrem Berufsalltag und leitet weiterführende handlungsbezogenen Interventionen ab. Ein Lernszenario sollte situative Anforderungen realitätsnah beschreiben und zur Weiterentwicklung bestimmter Kompetenzen dienen, z.B. sprachlich-kommunikativer Umgang mit Angehörigen nach einem Unfall/Sturz (Beispiel Herr Schabulke siehe Quelle/Link). Durch die angemessene Bewältigung der Anforderungen im Lernszenario werden Kompetenzen durch eine einführende Perspektivübernahme entwickelt und trainiert (Schwarz et al., 2015, S.7).

Lernszenario Herr Schabulke

„Herr Schabulke ist heute Nachmittag gestürzt. Oleg findet ihn um 15 Uhr hilflos auf dem Boden liegend vor. Herr Schabulke scheint nicht verletzt zu sein, kann aber nicht allein aufstehen. Als Oleg ihn anspricht und fragt, kann er nicht richtig antworten. Seine Sprache klingt verwaschen. Er findet nicht die

passenden Worte. Er wirkt lethargisch und verwirrt. Auf die Frage, was passiert sei, antwortet er: „Kaufe keine Kartoffeln mehr. Genug Kartoffeln im Keller!“ Oleg untersucht ihn vorsichtig und sieht, dass seine Mundschleimhaut trocken und rissig ist. Er untersucht auch seine Haut. Die Hautfalte bleibt stehen. Sein Blutdruck ist 90/50. Sein Puls ist schwach, aber schnell, 120/min. Oleg ruft den Rettungsdienst. Der Notarzt weist Herrn Schabulke ins Krankenhaus ein. Nachdem der Bewohner in ein Krankenhaus eingewiesen worden ist, dokumentiert Oleg das Sturzereignis. Jetzt will er die Tochter von Herrn Schabulke über den Sturz ihres Vaters informieren. Da sie nicht telefonisch erreichbar ist, spricht er eine Nachricht auf ihren Anrufbeantworter. In der mündlichen Fallbesprechung informiert er seine Kollegen über das Sturzereignis und beantwortet deren Rückfragen.“

Quelle:

http://www.gruwe-nrw.de/images/Guten_Morgen_Herr_Schabulke.pdf

(abgerufen am: 24.01.2018)



Übung

Entwickeln Sie für Ihre Schulung ein Lernszenario! Dieses können Sie an einem für Ihr Schulungskonzept passendem Zeitpunkt nutzen! Es kann sehr motivierend sein, mit dem Lernszenario zu starten, um einen gemeinsamen Nenner in der Gruppe zu erreichen- oder aber es kann im Hauptteil ein Praxiselement sein, anhand dessen die Teilnehmer_innen bestimmte Interventionen erarbeiten und erproben können.

4.5 Umgang mit (vermeintlich) schwierigen Teilnehmer_innen

Als Trainer_in/Dozent_in/Weiterbildner_in ist es Ihre Aufgabe, die Gruppe zu führen und einen Zuwachs an Wissen/Erfahrung zu ermöglichen. Dabei kann es zu Störungen aus der Gruppe kommen, indem Sie von Teilnehmer_innen verunsichert werden.

Durch gute Gesprächsführung können Sie diese Situationen meistern:

- Bewusstes „hören“ der Nachricht als Sachinformation (4-Ohren-Modell), damit Sie sich nicht als Person angegriffen fühlen.
- Vermeidung von Konkurrenz durch Wertschätzung der Beiträge („Vielen Dank für den wertvollen Beitrag, das haben Sie noch mal gut zusammengefasst bzw. um interessante Aspekte ergänzt!“)
- „Spannend, was Sie einbringen! Ich kenne das aus der Literatur so, wie ich es hier dargestellt habe- verraten Sie uns Ihre Quelle?“
- Herr x, Sie haben schon viele wertvolle Ergänzungen eingebracht, wollen Sie an dieser Stelle auch noch was ergänzen?
- Bei Fragen, die Sie nicht beantworten können (was immer passieren kann!), geben Sie die Frage in die Gruppe: „Spannende Frage, wie würden Sie darauf antworten?“
- Bei einem abweichenden Thema: „Ach Klasse, dass Sie dieses Thema genau hier einbringen. Leider haben wir nicht die Zeit, ausführlich darauf einzugehen. Aber das ist ein guter Ansatz für eine weiterführende Veranstaltung, oder?“



Übung

Worst-Case-Szenario:

Beschreiben Sie die schlimmste Situation, die in Ihrer Schulung eintreten könnte. Bilden Sie eine Gruppe von 3-4 Studierenden. Erstellen Sie einen

Gruppenchat oder eröffnen ein Kleingruppenforum im Moodle mit der Überschrift „Worst-Case-Szenario“. Tauschen Sie sich dort zu Ihren Worst-Case-Szenarien aus und bitten Ihre Gruppe um Beratung und Empfehlungen, warum diese Situation für Sie schwierig ist und wie Sie geeignet reagieren könnten!

4.6 Evaluation von Schulungen

Eine Evaluation der Schulung gehört abschließend immer dazu. Warum? Weil damit die Teilnehmer_innen die Möglichkeit haben, ihren Lernprozess zu reflektieren und Sie als Dozent_in die Möglichkeit bekommen, ein wertvolles Feedback zu erhalten. Somit können Sie Ihr Schulungskonzept ebenso reflektieren und von Mal zu Mal weiterentwickeln und teilnehmerorientierter gestalten.

Eine Evaluation bezieht sich auf den gesamten Schulungsprozess und umfasst somit immer folgende Aspekte (Kirkpatrick, 1994):

1. Zufriedenheit der Teilnehmer_in:

Wie zufrieden war der Teilnehmer_in mit der Schulung?

2. Lernerfolg:

Was konnte der Teilnehmer_in lernen?

3. Transfererfolg:

Was kann der Teilnehmer_in konkret für seine berufliche Praxis nutzen und umsetzen?

4. Unternehmenserfolg:

Was hat es für das Unternehmen/Abteilung/Praxis gebracht? Hat sich die Schulung gelohnt?



Zum weiteren grundlegenden Verständnis zur Evaluation lesen Sie bitte folgende Seite:

Letzte Aktualisierung: 31.03.2018, Bearbeiterinnen: Cordula Lackenbauer und Maike Pöhler

<http://www.personalmanagement.info/hr-know-how/glossar/detail/evaluation-von-weiterbildungsmassnahmen/>

(abgerufen am: 24.01.2018)

Sie werden selber in Weiterbildungen oder an der Hochschule mit verschiedenen Evaluationsbögen bereits Erfahrungen gemacht haben- gute oder weniger gute. Eine Evaluation wird in der Regel in Form eines Fragebogens erhoben und kann quantitativ und/oder qualitativ aufgebaut sein. Das bedeutet, dass durch die gewählte Form bestimmte Antworten sehr gut, andere weniger gut ermittelt werden können. Neben dem Aufbau, der Sprache und der Länge hat auch die Konstruktion und Auswahl der Fragen einen entscheidenden Einfluss auf die Antworten.



Was empfinden Sie selber als sinnvoll, zu lang oder zu kurz? Zur Vertiefung empfehlen wir Ihnen folgende Seite:

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/evaluation/evaluation.jsp

(abgerufen am: 24.01.2018)



Übung

Erstellen Sie einen Evaluationsbogen für Ihre Schulung! Erarbeiten Sie anhand der vier Aspekte von Kirckpatrick (1994) Fragen, die den Teilnehmer_innen eine Reflektion des gesamten Schulung- und Lernprozesses ermöglichen und die Ihnen eine gute Rückmeldung über Ihrer Konzeption und Durchführung der Schulung gibt. Im Evaluationsbogen können Sie Rückmeldung einfordern zu Themen wie: Wissensvermittlung, Auswahl der Methoden, Verteilung von Theorie und Praxis, Atmosphäre und Klima, Praxisrelevanz, etc.

5. Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung gesundheitlicher Themen

Öffentlichkeitsarbeit ist ein wichtiger Teil im Gesundheitswesen. Dabei geht es nicht nur um die Sensibilisierung einer breiten Öffentlichkeit für relevante Themen, sondern auch um die Beschaffung von Geldern. Genutzte Plattformen sind hierfür Social Media, Printmedien, Funk und Fernsehen sowie öffentliche Auftritte.

Gängige Methoden der Öffentlichkeitsarbeit sind:

- Pressekonferenz
- Pressemitteilung
- Newsletter
- Interview
- Podiumsdiskussion
- Webseite
- Flyer
- Offener Kanal/Radio
- Lokalzeitung
- Aktion
- Kampagne
- Imagefilm

Weiterführende Informationen finden Sie in der Handreichung zu Grundlagen und Methoden der PR Arbeit.

(Quelle: www.eundc.de/pdf/09000.pdf, abgerufen am: 19.12.2017)

Neben breit angelegter Aufklärung zu Krankheitsbildern wie zum Beispiel der Umgang mit an Demenz erkrankten Angehörigen oder psychisch erkrankten

Familienmitgliedern, präventiven Kampagnen wie zum Beispiel Rückenschonendes Arbeiten zählen dazu auch berufspolitische und gesellschaftliche Themen.

Hierzu zählt zum Beispiel die Kampagne zum Equal Pay Day (<http://www.equalpayday.de/startseite/> abgerufen am: 24.01.2018). Diese Kampagne macht sich stark für die Gleichbezahlung von Männern und Frauen. Diese Problematik zeigt sich besonders in den klassischen Frauenberufen wie den Gesundheitsberufen. Die ungleiche und unzureichende Bezahlung ist ein Grund für den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Kampagnen, die für sehr sensible Themen stehen, und außergewöhnliche Beachtung bekommen, sind z. B.:

Gegen häusliche Gewalt des Trägers BIG e. V.

www.big-berlin.info/medien/sehen-sie-fern-aber-nicht-weg

(abgerufen am: 19.12.2017)

Präventionsnetz gegen Pädophilie/Hebephilie

www.kein-taeter-werden.de

(abgerufen am: 19.12.2017)



Übung zu Kampagnen

Welche aktuellen Kampagnen im Gesundheitsbereich können Sie zurzeit in Ihrer Wohnumgebung beobachten? Welche gefällt Ihnen, welche nicht- und warum? Welches Ziel verfolgt die Kampagne? Welche Interessen stecken hinter der Kampagne?

Gibt es aktuelle Kampagnen Ihres Berufsverbandes? Recherchieren Sie diese und stellen Sie Ihren Komiliton_innen Ihre Recherche in einem dafür vorgesehenen Moodle Bereich namens „Kampagnen“ zur Verfügung!



Übung zu Informationsmaterial

Sammeln Sie Flyer, Postkarten oder andere Informationsmaterialien, die Ihnen in Bezug auf gesundheitliche Themen und Kampagnen begegnen. Prüfen Sie, wie geeignet diese sind in Bezug auf die angesprochene Zielgruppe, angemessene Sprache, Anschaulichkeit und weitere relevante Aspekte.

Fotografieren oder Scannen Sie jeweils ein für gut und ein für schlecht befundenes Beispiel. Begründen Sie Ihre Wahl und stellen es Ihren Kommilitonen in einem dafür vorgesehenen Bereich in Moodle zur Verfügung.

Literaturverzeichnis

Aristoteles. *Rhetorik*. Übersetzt und herausgegeben von Gernot Krapinger (1999). Stuttgart: Reclam

Cicero, M. T. (1997). *De oratore –über den Redner*. Stuttgart: Reclam

Döring, K. (2008). *Handbuch lehren und trainieren in der Weiterbildung*. Weinheim [u.a.]: Beltz.

Dorsch, F., Häcker, H. & Becker-Carus, C. (Hrsg.) (2004). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (14., vollst. überarb. und erw. Aufl. ed.). Bern [u.a.]: Huber

Kirkpatrick, Donald L. (1994). *Evaluating training programs: the four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Kollbrunner, J. (2017). *Psychosoziale Beratung in Therapieberufen*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Meier, D. & Szabó, P. (2008). *Coaching-erfrischend einfach*. Einführung ins lösungsorientierte Kurzzeitcoaching. Luzern: solutionssurfers.

Mehrabian, A., Ferris S. (1967). Inference of Attitude from Nonverbal Communication in Two Channels. In: *The Journal of Counselling Psychology* 31, S. 248-252.

Prior, M. (2008). *Beratung und Therapie optimal vorbereiten: Informationen und Interventionen vor dem ersten Gespräch*. Heidelberg: Auer.

Rechtien, W. (2004b). *Beratung. Theorien, Modelle und Methoden*. München: Profil.

Sailer, M.(2010). Patientenedukation in: Panfil, E.-M., Schröder, G. *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Bern: Verlag Hans Huber.

Schlippe von, A. & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. 1 Das Grundlagenwissen : Mit 6 Tabellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schwarz, S., Heinzemann, U., Morales, M., Sarbo, E. & Stauder, J. (2015). *Guten Morgen Herr Schabulke*. Deutsch für den Pflegealltag - ein handlungsorientiertes Weiterbildungskonzept. Köln: Häuser KG.

Siebert, H. (2010). *Methoden für die Bildungsarbeit*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Warschburger, P. (2009). *Beratungspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Weinberger, S. (2011). *Klientenzentrierte Gesprächsführung*: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim, München: Juventa-Verl.

Wurth, K. (2017). *Trennungsmanagement in Unternehmen*. Trennungsprozesse in Führung und Personalwesen fair und transparent gestalten. Wiesbaden: Springer.

Linkverzeichnis

Chronologisch

Nummerierung	Bezeichnung, Titel	Urheber_in, Herausgeber_in	URL	Zuletzt eingesehen
1	Berufsbe- reich Ergo- therapie	Berufsbe- reich Ergo- therapie	https://dve.info/	19.12.2017
2	Berufsbe- reich Physio- therapie	Berufsbe- reich Physio- therapie	www.physio- deutsch- land.de	19.12.2017
3	Berufsver- band Logo- pädie	Berufsver- band Logo- pädie	https://www.d bl-ev.de/	19.12.2017
4	Berufsbe- reich Pflege	Berufsbe- reich Pflege	https://www.d bfk.de/de/ver oeffentlichun- gen/in- dex.php	19.12.2017

5	Beispiel spezieller Onlineberatung	BKE Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ https://ju-gend.bke-beratung.de/veys/home/index.html 	19.12.2017
6	Beispiel spezieller Onlineberatung	U25 Freiburg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ http://www.u25-freiburg.de/ 	19.12.2017
7	Onlineberatung/Apps	Aerzteblatt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ https://www.aerzteblatt.de/archiv/180500/Gesundheits-Apps- 	24.01.2018

			<u>Viele-</u> <u>Chancen-</u> <u>wenig-</u> <u>Evidenz</u>	
--	--	--	---	--

8	Onlineberatung/Apps	Charismha	▪ http://www.charismha.de/	24.01.2018
9	Übersetzung der Rede von US-Präsident John F. Kennedy	Berlin.de	▪ https://www.berlin.de/berlin-im-ueberblick/geschichte/artikel.453085.php	19.12.2017
10	Debattieren und Reden für Schüler, Studenten, Berufstätige in Berlin	Streitkultur	http://streitkultur-berlin.net/	24.01.2018

11	Debattieren und Reden	Debating	http://www.debating.de/	24.01.2018
12	Video Suchmaschine	Youtube	https://www.youtube.com/	24.01.2018
13	Debattieren und Reden	Rhetorik Netz	http://www.rhetorik-netz.de/beruehmte-reden/	24.01.2018
14	Arte: Nonverbale Kommunikation - Das Geheimnis der Körpersprache	Youtube /Arte	https://www.youtube.com/watch?v=8-3ywrAoMII	24.01.2018
15	Visualisierungs- und Präsentationstools	Bikablo	http://bikablo.kommunikationslotsen.de/	24.01.2018

16	Flipchartgestaltung	Managementpsychologie	https://managementpsychologie.wordpress.com/2014/10/08/tipps-zur-flipchartgestaltung/	24.01.2018
17	Sandra Mantz „Kommunikation in der Pflege“	Youtube /Sandra Mantz	https://www.youtube.com/watch?v=ZrRGSpI3YTw	24.01.2018
18	Präsentationen mit Prezi	Prezi	https://prezi.com/de/	24.01.2018
19	Kommunikation /Sprache	Sprachgut Akademie	https://www.sprachgutakademie.de/	24.01.2018
20	Ton Aufnahme Online	Audicity	http://www.audacity.de/	24.01.2018

21	Beispiel Lernszenario	Gruwe NRW	http://www.gruwe-nrw.de/images/Guten Morgen Herr Schabulke.pdf	24.01.2018
22	Evaluation von Weiterbildungen	Personalmanagement Info	http://www.personalmanagement.info/hr-know-how/glossar/detail/evaluation-von-weiterbildungs-massnahmen/	24.01.2018

23	Evaluation von Weiterbildungen	GKV Spitzenverband	https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/evaluation/evaluation.jsp	24.01.2018
24	Handreichung zu Grundlagen und Methoden der PR Arbeit.	EUNDC	www.eundc.de/pdf/09000.pdf	24.01.2018

25	Beispiel Kampagne	Equalpayday	http://www.equalpayday.de/startseite/	24.01.2018
26	Beispiel Kampagne	BIG eV	www.big-berlin.info/medien/sehen-sie-fern-aber-nicht-weg	24.01.2018
25	Beispiel Kampagne	Präventions- netz gegen Pädophi- lie/Hebephilie	www.keintaeter-werden.de	24.01.2018

Glossar

A

Auftreten

Auftreten bestimmt die Art und Weise, wie Menschen in Beratung und Schulungen einzelnen Menschen oder Gruppen gegenüber treten. Damit senden sie bewusst wie auch unbewusst Signale, die maßgeblich die Beziehung zu den Personen/Gruppen und somit das Gelingen der Interaktion sichern oder auch gefährden.

B

Beratung

Beratung ist eine Gesprächssituation, in der ein Berater_in einer ratsuchenden Person auf der Grundlage von z.B. Fragen zu einer eigenen Antworten/Lösung verhilft.

Berufsverband

Berufsverbände sind freie und unabhängige Vereinigungen von Angehörigen von Berufsgruppen. Sie vertreten und wahren die gemeinsamen beruflichen und wirtschaftlichen Interessen ihrer Berufsgruppe.

E

Evaluation

Evaluation ist die Erhebung und Bewertung von Lernprozessen.

H

Haltung

Haltung ist ein Extrakt aus Menschenbild, Fachwissen und Rollenverständnis. Sie entsteht auf Grundlagen eigener Werte, Erfahrung und Lebensmodellen und bestimmt den Kontakt in der Interaktion mit Menschen.

L

Lernszenario

Ein Lernszenario ist eine alltägliche Praxissituation, die genutzt werden kann, um Handlungsstrategien zu überdenken oder neue zu entwickeln.

O

Öffentlichkeitsarbeit

Durch die mediale Nutzung in der Öffentlichkeitsarbeit können Themen vielen Menschen zugänglich gemacht werden. Menschen können informiert oder auch sensibilisiert werden.

P

Patientenedukation

Die Aufklärung über Entstehung, Therapie, Wirkung und Risikofaktoren sind die Kernelemente der Patientenedukation. Experten informieren den Klienten über seine Erkrankungen oder Dysfunktionen mit dem Ziel, den Klienten zum Experten seines Problems zu machen.

Präsentation

Präsentation umfasst die Auswahl von Medien und Methoden, um z.B. Schulungsthemen einer Gruppe von Menschen vorzustellen.

Professionelles Handeln

Letzte Aktualisierung: 31.03.2018, Bearbeiterinnen: Cordula Lackenbauer und Maike Pöhler

Professionelles Handeln umfasst Handlungsmöglichkeiten und Wissen aufgrund einer reflektierten Haltung und einer ausdifferenzierten Berufsrolle.

R

Rhetorik

Rhetorik umfasst die Fähigkeit, aus der Kombination von Gesten, Blicken und Intonationen Zuhörer inhaltlich und emotional anzusprechen.

Rolle

Unter berufliche Rolle wird die professionelle Haltung in der Arbeit verstanden. Sie setzt sich aus Fach- und Methodenwissen sowie dem Wissen um die eigenen Kompetenzen und Grenzen zusammen. Durch ein differenziertes Rollenbild kann eine qualitativ hochwertige Arbeit innerhalb einer Profession geleistet werden unter Berücksichtigung der eigenen Arbeitszufriedenheit und Erhaltung der eigenen physischen und psychischen Gesundheit.

S

Schulung

Schulung vermitteln an Mitarbeiter_innen, Angehörige oder Menschen in einem umrissenen Themengebiet Wissen und Kompetenzen mit dem Ziel, handlungsfähiger zu werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden verschiedene Methoden eingesetzt, die Theorie enthalten und Praxis ermöglichen.

W

Weiterbildung

Weiterbildung ist die Methode des lebenslangen Lernens, um sich aktiv mit veränderten Umwelt- und Arbeitsbedingungen auseinanderzusetzen, handlungsfähig zu bleiben und die Qualität der eigenen (beruflichen) Entwicklung zu sichern.

Z

Zielgruppe

Zielgruppen sind die Adressaten, die man z.B. durch eine Schulung oder durch Öffentlichkeitsarbeit erreichen will.



Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul B1:

Versorgungsstrukturen und Sozialrecht

Impressum

Modulentwicklung:

Prof. Dr. med. Reinhold Grün

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



e-tivity



Definition



Tipp



Information



Podcast



Video



Austausch

Inhalt

Verwendete Abkürzungen	6
1. Willkommen	9
2. Überblick und Lernziele	10
2.1 Lernziele des Moduls	10
3. Gesundheitswesen und Gesundheitsmarkt	11
3.1 Der Gesundheitssektor als Wachstumsmotor	14
3.1.1 Der demografische Wandel	14
3.1.2 Der medizinisch-technische Fortschritt	15
3.1.3 Das veränderte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung	17
3.1.4 Ökonomisierung und Medikalisierung	18
4. Einführung in d. Methodik d. Gesundheitssystemanalyse	20
4.1 Theoretische Grundlagen	20
4.2 Input-Output-Modelle	23
4.2.1 Input	23
4.2.2 Prozesse	24
4.2.3 Outcomes	25
4.2.4 Anwendungsbereiche von Outcomes-Messungen	25
5. Bewertungskriterien für Pflege und Therapie	28
5.1 Wirksamkeit (effectiveness)	28
5.2 Wirtschaftlichkeit (efficiency)	29
5.2 Fairness und Bedarfsgerechtigkeit (Equity)	31
5.3 Menschlichkeit und Akzeptanz (<i>Humanity</i>)	33
6. Gesundheitsökonomische Grundlagen	36
6.1 Besonderheiten von Gesundheitsgütern	37
6.2 Das Allokationsproblem	39
6.3 Preis- und Qualitätswettbewerb in Gesundheitsmärkten	42
6.4 Substitution als Reformprinzip	43
6.5 Grundelemente der Politikfeldanalyse	49
6.5.1 Akteure der Gesundheitspolitik	51
6.5.2 Staatliche Akteur*innen	51
6.5.3 Staatliche Aufgaben und Institutionen im Gesundheitswesen	53
6.5.4 Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen	54
6.5.5 Interessengruppen	57
6.5.6 Policy-Netzwerke und Think Tanks	63
6.6 Politik als Prozess	65
6.6.1 Ist Gesundheitspolitik ein rationaler Prozess?	65

6.6.2	Die gesundheitspolitische Agenda.....	66
6.6.3	Die Rolle der Medien	67
6.6.4	Umsetzung von Politik	68
6.7	Evaluation von Gesundheitspolitik.....	69
7.	Rechtliche Grundlagen des Gesundheitssystems	71
7.1	Das System der sozialen Sicherung.....	72
7.1.1	Historischer Hintergrund und sozialpolitische Grundlagen.....	72
7.1.2	Bereiche der Sozialgesetzgebung	73
7.2	Soziale Rechte und Verfassung	74
7.3	Formen der Gerechtigkeit im System der sozialen Sicherung	75
7.4	Rechtsnormen im Gesundheitswesen	77
7.4.1	Verfassungsrecht	77
7.4.2	Öffentliches Recht.....	77
7.4.3	Strafrecht.....	79
7.4.4	Privatrecht	80
7.5	Rechtssystematik und Normenhierarchie	81
7.6	Maßnahmen zur Stärkung von Patient*innenrechten.....	82
8.	Die GKV	87
8.1	Die GKV im Kontext der Gesundheitsausgaben	87
8.2	Grundsätze und rechtliche Grundlagen	87
8.3	Ausgaben und Leistungsarten	89
8.4	Wettbewerb innerhalb der GKV	90
8.5	Mitgliedschaft und Beiträge.....	91
8.6	Finanzierungsprobleme und Reformansätze der GKV.....	93
9.	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	94
9.1	Vertragsärztliche Versorgung	95
9.2	Stationäre Versorgung	97
10.	Die soziale Pflegeversicherung	101
10.1	Pflegegrade und Leistungen.....	101
10.2	Versorgungsarten und Trägerschaft.....	104
10.3	Unterschiede zwischen GKV & Pflegeversicherung.....	105
10.4	Defizite und Reformbedarf	106
11.	Rehabilitation.....	108
11.1	Verfahren und Formen der Rehabilitation.....	108
11.2	Grundsätze der Rehabilitation und Träger.....	109
11.3	Die Gesetzliche Rentenversicherung	111
11.4	Die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV).....	112
11.5	Rehabilitation in der GKV.....	114
11.6	Weitere Träger der Rehabilitation	116

11.7	Trägerübergreifende Beratung	117
12.	Heilmittel	119
12.1	Definition und Rechtsanspruch	119
12.2	Leistungsausgaben und Berufsgruppen	120
12.3	Verordnung von Heilmitteln.....	122
12.4	Versorgungsdefizite und Reformbedarf	123
13.	Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte	125
13.1	Arzneimittel	125
13.2	Hilfsmittel.....	128
13.3	Medizinprodukte.....	130
14.	Interprofessionelle Kooperation und besondere Versorgungsformen	132
14.1	Einrichtungsinterne interprofessionelle Kooperation	136
14.2	Einrichtungsübergreifende Kooperation und Vernetzung	137
14.3	Weiterentwicklung der Versorgung durch Modellvorhaben	140
14.4	Besondere Versorgungsformen (§140a SGB V)	141
14.5	Gestaltung und Funktionsweise von IV-Modellen	143
14.6	Weitere Reformansätze	145
	Literaturverzeichnis	149
	Linkverzeichnis.....	168
	Glossar	172

Verwendete Abkürzungen

AIDS	Aquired Immunodeficiency Syndrome
APV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
ASV	Ambulante Spezialärztliche Versorgung
AHB	Anschlußheilbehandlung
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis Related Group
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EBP	evidenzbasierte Praxis
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EU	Europäische Union
EUGh	Europäischer Gerichtshof
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HTA	Health Technology Assessment
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NICE	National Institute of Clinical Excellence
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PCMH	Patient Centred Medical Home
PIM	potenziell inadäquate Medikamente
PKV	Private Krankenversicherung
RCT	Randomised controlled trial
PR	Public Relations
RKI	Robert-Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch



StGB	Strafgesetzbuch
UPD	Unabhängige Patient*innenberatung Deutschland
VWD	Verweildauer
WHO	World Health Organization

1. Willkommen

Willkommen zum Modul „Versorgungsstrukturen und Sozialrecht“!

Dieses Begleitheft bietet eine Einführung in die politischen, rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems.

Der Studientext ist auf einen interprofessionellen Kontext ausgerichtet und bezieht internationale wissenschaftliche Quellen und Fallbeispiele mit ein. Sie erhalten einen Überblick über die Funktionsweise der verschiedenen Versorgungssektoren, insbesondere der Akutversorgung, Pflege und Rehabilitation. Dieser erlaubt Ihnen, Ansatzpunkte für eigenes interprofessionelles Handeln zu identifizieren und sich in grundlegenden sozialemischen Fragen der Bedarfs- und Zugangsgerechtigkeit im Gesundheitswesen kritisch zu positionieren.

Das Modul gibt einen Überblick über Aufgaben und Handlungsweisen der politischen Akteur*innen und Interessengruppen und diskutiert deren Einflussmöglichkeiten auf die Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen. Es behandelt die aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Reformstrategien und stellt anhand von Beispielen innovativer Versorgungsformen die wachsende Rolle der pflegerischen und therapeutischen Berufe im Reformprozess dar.

Der Studientext gliedert sich in 15 Kapitel. Nach der Einleitung (Kapitel 3), welche die Rahmenbedingungen für professionelles Handeln im wachsenden Gesundheitsmarkt absteckt, erfolgt in Kapitel 4 eine Einführung in die methodischen Grundlagen der Gesundheitssystemanalyse. In den Kapiteln 5-7 werden zunächst Bewertungskriterien und danach gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Grundlagen für ein Verständnis der Versorgungsstrukturen erarbeitet. Das Kapitel 8 gibt einen Überblick über die Rechtsnormen des Systems der sozialen Sicherung und diskutiert Verbraucher- und Patient*innenrechte.

Die Kapitel 9 -14 behandeln in Einzeldarstellungen die unterschiedlichen Versorgungsbereiche und die Zweige der Sozialversicherung. Das letzte Kapitel widmet sich dem Reformbedarf im Gesundheitswesen und den Reformansätzen für eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit der Leistungserbringer*innen.

2. Überblick und Lernziele

Die Entwicklung interprofessioneller Handlungskonzepte setzt die Kenntnis der im Gesundheitssystem handelnden Akteur*innen, deren Handlungsmotivation und die Art und Weise der Einflussnahme voraus. Dabei werden soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen betrachtet und im Vergleich mit den Gesundheitsstrukturen in anderen Ländern kritisch diskutiert. Die Studierenden sollen in die Lage versetzt werden, kompetent die unterschiedlichen Einflussmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitssystems zu nutzen. Dazu ist es notwendig, sich neben den Versorgungsstrukturen mit Leistungserbringerrechten und Patient*innenrechtegesetzen auseinander zu setzen.

2.1 Lernziele des Moduls

Die Studierenden:



- vertiefen das Verständnis für die Systeme sozialer Sicherung und die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen.
- reflektieren den Einfluss sozialer Sicherungssysteme auf die Gesellschaft und Gesundheit.
- können die verschiedenen Akteure, ihre Interessenslagen und Einflussmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitssystems darstellen und interprofessionell bewerten.
- kennen die Rechte der Nutzer*innen des Gesundheitssystems und die Regelungen mit Leistungsträger*innen und Leistungserbringer*innen.
- verstehen zentrale Steuerungsmechanismen und deren Wirkungsweise im Gesundheitssystem und gestalten sie interprofessionell aus
- identifizieren die Arbeit von Berufsverbänden, Gewerkschaften und Selbsthilfeorganisationen als wichtige Bereicherung demokratischer Einflussnahme im Gesundheitswesen.
- erkennen und bewerten die Möglichkeiten interprofessionellen Handelns in innovativen Versorgungsformen.

3. Gesundheitswesen und Gesundheitsmarkt

Weltweit gehört die Gesundheitssicherung zu den wichtigen politischen Aufgaben von Staat und Gesellschaft. Der Gesundheitssektor ist ein schnell wachsender Wirtschaftsbereich, für den erhebliche Ressourcen bereitgestellt werden und an dem große Teile der Bevölkerung Anteil nehmen. Insgesamt werden in Deutschland jährlich mehr als 344,2 Mrd. € für die Gesundheit aufgewendet. Mit diesem Marktvolumen, das 11,3% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entspricht, ist der Gesundheitssektor der größte Wirtschaftszweig in Deutschland. Er bietet mehr als 5,5 Mio. Arbeitsplätze und leistet damit einen größeren Beitrag zur Erwerbstätigkeit als beispielsweise die Automobilindustrie mit ca. 0,78 Mio. Beschäftigten (Bräuning und Rakau 2010, Statistisches Bundesamt 2016). Berlin und Umgebung ist ein wichtiger Standort der Gesundheitswirtschaft. Hier arbeiten mehr als 350.000 Menschen in 20.000 Betrieben, davon 190 Kliniken und 70 Reha-Einrichtungen (Berlin Partner 2017). Entsprechend ihrer Stellung im Wertschöpfungsprozess können die am Gesundheitsmarkt beteiligten Unternehmen und Institutionen in drei Segmente unterteilt werden (Abb. 1):



- Ein **Kernbereich**, der im Wesentlichen der ambulanten und stationären Akutversorgung, sowie der Pflege und der Rehabilitation entspricht. Diese Leistungen werden überwiegend durch Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung (gesetzliche Kranken-, Pflege-, - und Unfallversicherung) sowie durch entsprechende private Versicherungen finanziert. Im Jahr 2015 betragen die Ausgaben für diesen besonders personalintensiven Kernbereich 284 Mrd. €
- Die **Vorleistungs- und Zulieferindustrie**, zu der in erster Linie die Hersteller und Handelsunternehmen für Arzneimittel, Medizin- und Gerontechnik, Medizinprodukte und Hilfsmittel gehören.
- Der **Randbereich** mit Branchen, die einen mittelbaren Gesundheitsbezug haben, wie Wohnen, Tourismus, Bildung, Ernährung. Die Ausgaben für Waren und Dienstleistungen dieser Branchen, die zum

Beispiel Hilfen im Wohnumfeld, Sport- und Freizeitangebote, Nahrungsergänzungsmittel, Fitness und Wellness-Angebote umfassen, sind privat zu zahlen.

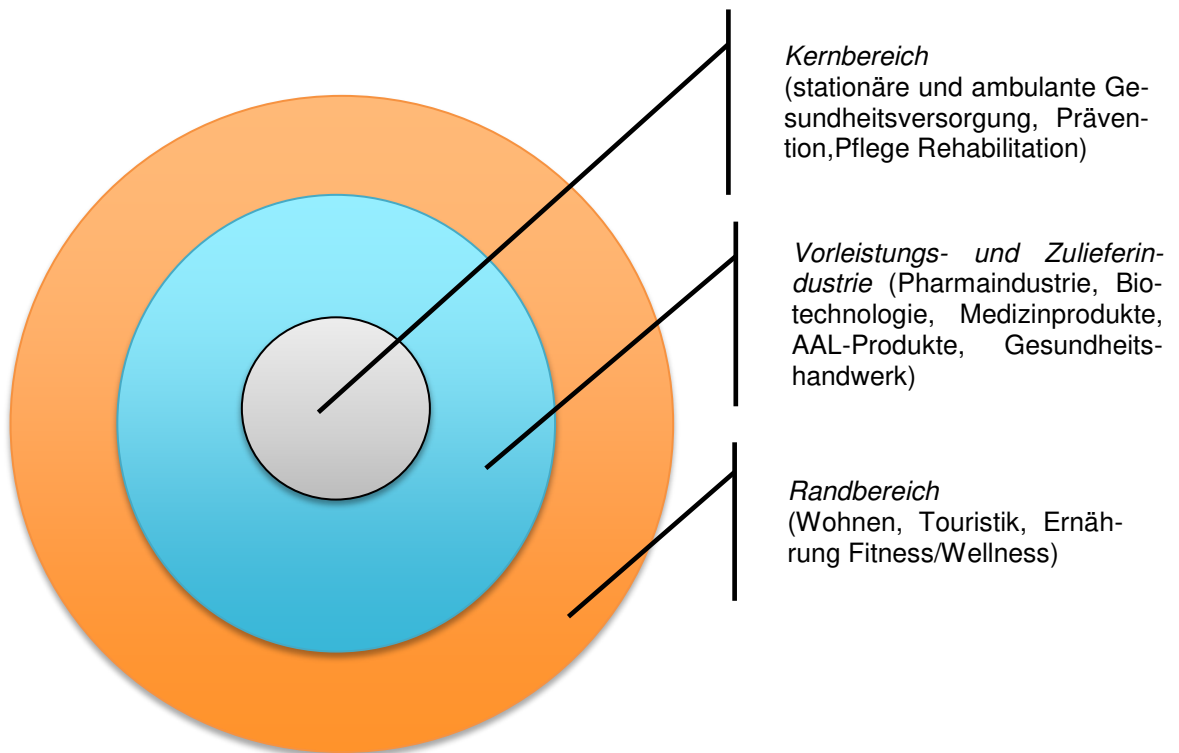
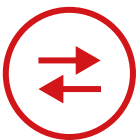


Abb. 1; Zwiebelschalenmodell des Gesundheitsmarkts.

(nach Colosio et al 2012 basierend auf Goldschmidt und Hilbert 2009)



(1) e-tivity zu Abb. 1

Recherchieren Sie zu den drei Bereichen jeweils ein Unternehmen oder eine Institution und begründen Sie kurz, warum Sie diese in die Kategorie einordnen würden.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal besteht darin, ob die Gesundheitsausgaben über eine Versicherung und/oder den Staat oder über private Direktzahlungen erfolgen. Die Ausgaben des Kernbereichs entsprechen im Wesentlichen dem sogenannten **ersten Gesundheitsmarkt**. Sie werden von den privaten Haushalten nicht direkt, sondern durch Versicherungsbeiträge und/oder Steuern finanziert (Oberender 2010). Die Leistungsanbieter werden durch



eine zwischengeschaltete Institution bezahlt, ein Verfahren, das als *3rd party payment* bezeichnet wird. Die Leistungen des **zweiten Gesundheitsmarktes** werden durch private Direktzahlungen (sog. *out-of-pocket payments*) erbracht. Dazu gehören alle nicht erstattungsfähigen Produkte und Dienstleistungen, wie zum Beispiel Zuzahlungen zu Therapien, freiverkäufliche Arzneimittel oder die von niedergelassenen Ärzt*innen angebotenen individuellen Gesundheitsleistungen (IGel).

Viele Anbieter gesundheitsbezogener Dienstleistungen und Waren nehmen also eine ambivalente Stellung ein, da sie sowohl im ersten Gesundheitsmarkt als auch im zweiten Gesundheitsmarkt tätig sind. Beispielsweise stellen pharmazeutische Unternehmen sowohl verschreibungspflichtige Medikamente für den ersten Markt als auch freiverkäufliche Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel für den 2. Markt her. Auch viele Angehörige der therapeutischen Berufe sind mit Angeboten, deren Kosten nicht oder nicht vollständig von den Krankenkassen erstattet werden, im 2. Gesundheitsmarkt engagiert. Oft werden Strategien entwickelt, bislang nicht erstattungsfähige Dienstleistungen über den ersten Gesundheitsmarkt zu finanzieren. So übernehmen beispielsweise einzelne Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzungsleistungen die Kosten für eine Osteopathie-Behandlung und andere, bislang nicht finanzierte Angebote.



Vertiefungslektüre

Lesen Sie zur Vertiefung [Kapitel 1: Impulse und ausgewählte Megatrends](#) aus *Deutscher Gesundheitsmarkt bis 2020: Innovationen, Herausforderungen, Trends und Potentiale für die Akteur*innen*. Ergebnisse einer Online-Umfrage vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes. Dostal, A.W., & Dostal, G. (2016) Vilsbiburg

Frageimpuls 1.0

Reflektieren Sie: Wie beurteilen Angehörige der therapeutischen und pflegerischen Berufe

- die Entwicklung des Gesundheitsmarktes und
- den Einfluss des zweiten auf den ersten Gesundheitsmarkt?

3.1 Der Gesundheitssektor als Wachstumsmotor

Alle Prognosen gehen von einem starken Wachstum sowohl des ersten als auch des zweiten Gesundheitsmarktes in den nächsten Jahren aus. Als Gründe werden im Wesentlichen drei Faktoren angeführt, die im Folgenden kurz diskutiert werden: der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und das veränderte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung (Colosio et al 2012).

3.1.1 Der demografische Wandel

Die Alterung der Gesellschaft ist ein wichtiger Faktor, weil etwa ab der Mitte des Lebens, die Pro-Kopf Ausgaben für Gesundheit deutlich zunehmen (Blinkert 2007). Dies geht mit einem steigenden Bedarf an pflegerischen, logopädischen sowie physio- und ergotherapeutischen Dienstleistungen einher. In ihren Auswirkungen auf die Kostenentwicklung wird die Rolle der Alterung jedoch oft überschätzt. Dies sei am Beispiel des Pflegebedarfs erläutert. Derzeit gehen viele Projektionen vereinfachend davon aus, dass die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit bei zunehmender Lebenserwartung konstant bleibt (die sogenannte **Status-Quo-These**). Differenziertere Betrachtungen ziehen zwei alternative Szenarien in Betracht (Hackmann und Moog 2008, Hedinger 2016):



Die **Medikalisierungsthese** geht davon aus, dass medizinische Fortschritte zwar erzielt werden, aber die Menschen aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung über einen vergleichsweise längeren Zeitraum auf medizinische und pflegerische Hilfen angewiesen sind und deswegen die Gesundheitskosten im Vergleich zum Status Quo überproportional steigen.



Die **Kompressionsthese** nimmt an, dass der medizinisch-technische Fortschritt eine Senkung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit bewirkt. Die Gesundheitskosten würden also im Vergleich zum Status Quo weniger stark zunehmen, weil die Menschen gesund älter werden und weniger auf Hilfen angewiesen sind. Einige empirische Studien sprechen für diese These, doch ist eine abschließende Beurteilung aufgrund der Datenlage noch nicht möglich.



Lesen Sie zur Vertiefung

[Kompressions- versus Medialisierungsthese: Die monetären Auswirkungen](#)

von Niehaus F. (2012), BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell, 2012, S. 46-66.

Hinzu kommt, dass für die Kostenentwicklung nicht allein die Zahl der Pflegebedürftigen ausschlaggebend ist, sondern auch die **Entwicklung der Kosten/Pflegefall**. Da die Pflege eine besonders zeit- und personalintensive Dienstleistung ist, deren Produktivität nicht ohne weiteres gesteigert werden kann, ist angesichts des sich abzeichnenden Fachkräftemangels mit tendenziell steigenden Fallkosten zu rechnen, die den finanziellen Auswirkungen einer Kompression der Morbidität entgegenwirken. Denn um die Qualität der Pflege aufrecht zu erhalten, müssen Löhne und Gehälter mit der Lohnentwicklung der allgemeinen Bevölkerung Schritt halten. Dies gilt in analoger Weise für die therapeutischen Berufe. In der aktuellen Diskussion stellt sich die Frage, inwieweit neue Betreuungs- und Wohnformen im Alter und der Einsatz von altersgerechten Assistenzsystemen dazu beitragen können, den Kostenanstieg zu begrenzen und den Betroffenen länger ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (Hackmann und Moog 2008).

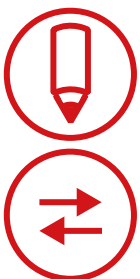
3.1.2 Der medizinisch-technische Fortschritt

Der wichtigste Wachstumstreiber ist der **medizinisch-technische Fortschritt**. Er ist gekennzeichnet durch zahlreiche Innovationen, die vor allem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Medizin erweitert und zur Entstehung globaler Gesundheitsmärkte geführt haben. Wichtige Innovationsfelder waren in dieser Zeit die Pharmakotherapie (z. B. Antibiotika, Antihypertensiva, Neuroleptika) die Hämodialyse, die Mikrochirurgie, sowie bildgebende diagnostische Ver-

fahren. Derzeitige Forschungs- und Entwicklungsgebiete mit denen sich Hoffnungen auf weitere Innovationen verbinden sind beispielsweise die Neurowissenschaften, die Nanotechnologie, die Biotechnologie und die Genmedizin sowie Verfahren, die eine personalisierte Medizin ermöglichen.

Unter Innovationen wird allgemein die wirtschaftliche Anwendung von neuen Ideen, Technologien, Strukturen und Prozessen verstanden. Zu unterscheiden sind **additive und ersetzende Innovationen** (Amshoff 2010). Ersetzende Innovationen sind im Gesundheitssystem relativ selten. Sie verdrängen vorhandene Technologien und gewähren den Unternehmen erhebliche Innovationsgewinne. So haben moderne endoskopische Verfahren viele herkömmliche Untersuchungsverfahren obsolet gemacht. Additive Innovationen sind hingegen Neuerungen, die ergänzend zu bestehenden Verfahren eingesetzt werden. Zum Beispiel haben neue bildgebende Verfahren wie die Computertomografie und Magnetresonanztomografie bestehende Röntgenverfahren nicht vollständig verdrängt (Amshoff 2010). Diese sogenannten Add-On-Technologien sind in Gesundheitssystemen relativ häufig anzutreffen. Im Ergebnis tragen sie erheblich zur Kostensteigerung bei. Überdies kommen zahlreiche Scheininnovationen auf den Markt, zum Beispiel Medikamente, die nur einen geringen Zusatznutzen haben, für die die Hersteller aber höhere Preise als für herkömmliche Präparate erzielen. Für die beteiligten Unternehmen stellen Innovationen Wachstumspotenziale dar, für den sozialstaatlich finanzierten ersten Gesundheitsmarkt hingegen Kosten, die gegenüber der Solidargemeinschaft zu rechtfertigen sind. Zunehmend werden Verfahren des *Health Technology Assessment (HTA)* eingesetzt, die den Zusatznutzen von neuen Behandlungsverfahren bewerten sollen.

Diese dienen als Entscheidungshilfe bei der Erstattung von Kosten durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und sollen dazu beitragen, den Kostenanstieg zu begrenzen.



(2) e-tivity

Untersuchen Sie in Ihrer **interprofessionellen Gruppe** *gemeinsam*, welche Innovationen sich in Ihren jeweiligen Berufsfeldern durchgesetzt haben und

welche Auswirkungen diese auf das Wachstum und die Kosten der Gesundheitsversorgung haben.

3.1.3 Das veränderte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung

In westlichen Gesellschaften vollzieht sich nach Meinung verschiedener Autoren (Kickbusch 2006, Brunnett 2009) ein grundlegender Wandel des Gesundheitsverständnisses, der eine Folge der demografischen und epidemiologischen Entwicklung ist. Die Menschen werden immer älter, das öffentliche und persönliche Interesse an Gesundheit hat stark zugenommen, der expandierende Gesundheitsmarkt wird zu einem wichtigen Faktor der Wirtschaftsentwicklung.

Standen im Verlauf des 20. Jahrhunderts die Absicherung und Versorgung im Krankheitsfall im Vordergrund, kam seit den 1990er Jahren die Idee der Förderung von Gesundheit in den Lebenswelten des Alltags hinzu. Neue Werte, die das **Gesundheitsverständnis** prägen, sind Emanzipation, Empowerment und Teilhabe. Gesundheit wird als Bürgerrecht verstanden. Gesundheit wird als persönliches Lebensziel bedeutsam, rückt als eine persönliche Erwartung in das Zentrum des Interesses, wird als machbar angesehen und spielt bei allen Entscheidungen eine Rolle. Die Vielfalt der Entscheidungsoptionen in den differenzierten Gesundheitsmärkten fordert eine aktive und kompetente Beteiligung der Konsumenten. Sie benötigen persönliche **Gesundheitskompetenz (health literacy)**, um im täglichen Leben die richtigen Entscheidungen für die individuelle Gesundheit zu treffen (Kickbusch 2005, Kickbusch und Hartung 2014). In der ‚**Gesundheitsgesellschaft**‘, wie Kickbusch (2006) diese Entwicklungsdynamik umschreibt, wird Gesundheit nicht mehr als utopisches Ziel, sondern als eine positive Ressource des Alltags betrachtet.

Dazu gehört nicht nur die individuelle Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen, sondern diese auch für gesundheitsförderliches Handeln in Alltagssituationen und klinischen Kontexten anwenden zu können (Abel und Sommerhalder 2015).

Auch die **Ottawa Charta für Gesundheit** der [Weltgesundheitsorganisation](#) (WHO) zielt auf die Erweiterung der Gesundheitskompetenz jedes Einzelnen ab, mit dem Ziel, Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu verringern und

das größtmögliche Potenzial an Gesundheit zu verwirklichen. Allerdings ist dieses Ziel keineswegs erreicht. Insbesondere in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen besteht nach wie vor ein elementarer Bedarf an Gesundheitswissen und transparenten Gesundheitsinformationen (Wallmann 2012, Wagner und Sparr 2012).



Lesen Sie zur Vertiefung

[Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten](#), Schmidt-Kahler et al. (2017) Universität Bielefeld 2017

Schaeffer et al (2017) [Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Die HLS-GER-Studie und ihre Relevanz für die Logopädie](#), Forum Logopädie, 5(31), Schulz-Kirchner.



Lesen Sie zur Vertiefung

Reflektieren Sie die [Charakteristika von Personengruppen](#) mit eingeschränkter Health Literacy anhand von Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M., Messer, M., Quenzel, G., & Hurrelmann, K. (2016).

Health literacy in Deutschland. Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Göttingen: Hogrefe.

3.1.4 Ökonomisierung und Medikalisierung

Die hohe Wertschätzung von Gesundheit in großen Teilen der Bevölkerung ist von einer **Ökonomisierung der Gesundheitspolitik** und einer Expansion gewinnorientierter Gesundheitsmärkte begleitet, die eine Vielfalt von Gesundheitsprodukten anbieten. Diese Angebote treffen vor allem bei älteren Menschen auf eine kaufkräftige Nachfrage. In Deutschland sind die verfügbaren Einkommen in der Gruppe der über 60-jährigen erheblich gewachsen. Die Ausgaben von Seniorenhaushalten machen, mit überdurchschnittlichen Zuwachsraten für Gesundheit, Wohnen und Freizeit, fast ein Drittel der konsumtiven Ausgaben der Bevölkerung aus.

Das Geldvermögen ist bei 50-60-jährigen mit 303 Mrd € im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten. Gründe dieser Vermögensbildung sind

vor allem Erbschaften, die wie nie zuvor in der historischen Entwicklung zur Vermögensbildung beitragen.

Inwieweit sich die gestiegene Ausgabenbereitschaft auf die Pflege und therapeutischen Berufe auswirkt, kann an der gewachsenen Bedeutung der Randbereiche des Gesundheitsmarktes in den Bereichen Tourismus, Freizeit, Sport, Fitness und Wellness abgelesen werden. Angesichts des begrenzten ersten Gesundheitsmarktes, erweitern zum Beispiel Physiotherapeut*innen ihr Angebot für Selbstzahler oder positionieren ihre Dienstleistungen in strategischer Nähe zu Fitnessstudios, Hotels und Wellnesseinrichtungen. Seit 2009 haben mehrere Tausend Physiotherapeut*innen, aber auch Ergotherapeut*innen und Chiropraktiker, von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, im Rahmen einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis selbständig, d.h. ohne ärztliche Verordnung, tätig zu sein (Beden 2017).

Als negative Folgen der wachsenden Gesundheitswirtschaft sind Prozesse der **Medikalisierung**, also der Umdeutung von einst als normal betrachteten Lebensabläufen, Befindlichkeitsstörungen und individuellen Mängeln in diagnose- und therapiebedürftige Erkrankungen, zu beobachten. Was als behandlungs- oder korrekturbedürftig gilt, unterliegt international unterschiedlich ausgeprägten Wertorientierungen und ökonomischen Anreizen (Conrad 2007, Welsh et al. 2007, Peter und Neubert 2016). In erster Linie sind natürliche Vorgänge, wie Geburt, Altern und Sterben von dieser Umdeutung betroffen. Unter dem Begriff *Anti-Ageing-Medizin* werden beispielsweise Behandlungen und Produkte zusammengefasst, die natürlichen Alterungsvorgängen entgegenwirken und das Leben verlängern sollen.

Ein weiteres Beispiel betrifft unaufmerksames und hyperaktives Verhalten von Kindern, das erst seit relativ kurzer Zeit als behandlungsbedürftige Störung (Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätssyndrom ADHS) angesehen wird (Döpfner 2007). Kritisch zu sehen ist nicht nur eine oft unangemessene Pharmakotherapie, sondern auch der nicht leitlinienkonforme Einsatz der Ergotherapie, die relativ häufig verordnet wird, obwohl deren Wirksamkeit bei ADHS im Kindesalter nicht hinreichend nachgewiesen ist (Kersting et al. 2016).

Schlafstörungen werden zunehmend medikalisiert und mit Arzneimitteln behandelt, die nicht unerhebliche Nebenwirkungen haben (Moloney 2010).

Trauer bei Verlust eines nahen Angehörigen wird in den USA als therapiebedürftige Depression klassifiziert, wenn sie länger als zwei Monate andauert (Kleinman 2012). Es ist fraglich, ob es angesichts der Belastung der Sozialsysteme möglich sein wird, mit öffentlichen Investitionen ein kritischeres Gesundheitsverständnis zu fördern, das diesen Kommerzialisierungsprozessen entgegenwirkt.

4. Einführung in die Methodik der Gesundheitssystemanalyse

Für die wissenschaftliche Analyse von Aufgaben und der Funktionsweise des Gesundheitssystems werden Erkenntnisse zahlreicher Disziplinen verwendet, die das Thema aus ihrer jeweiligen Perspektive beleuchten und die erst durch ihr systematisches Zusammenwirken ein vollständiges Bild ergeben. Wichtige Beiträge dieses **multidisziplinären Ansatzes** kommen aus der Systemtheorie, der empirischen Sozialforschung, der Gesundheitsökonomie, den Politikwissenschaften und der Sozialanthropologie. Neben **quantitativen** Studien haben auch **qualitative** Studien eine wichtige Bedeutung, weil sie zum Verständnis soziokultureller Systemunterschiede beitragen und Bedeutungszusammenhänge aufdecken, die einer quantitativen Analyse nicht zugänglich sind.

4.1 Theoretische Grundlagen

Die Gesundheitssystemanalyse und die Versorgungsforschung haben sich seit den 1980er Jahren, zu einem wichtigen Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften entwickelt.

Die Studien können sich, dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand entsprechend, auf unterschiedliche Betrachtungsebenen beziehen (Schwartz et al. 1997):



Untersuchungen auf der **Makroebene** beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung eines Landes. Als Beispiel seien gesundheitsökonomische Untersuchungen über die Zusammenhänge zwischen der Höhe des Volkseinkommens, der

Einkommensverteilung und der Gesundheit der Bevölkerung eines Landes genannt.

Die **Mesoebene** bezieht sich auf Subsysteme des Gesundheitssektors, also z.B. auf die Untersuchung regionaler Strukturen oder Untersuchungen von Kostenträgern und Leistungsanbietern, zum Beispiel im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und ärztlichen Organisationen.

Untersuchungen auf der **Mikroebene** beziehen sich auf die Versorgungsforschung im engeren Sinne, die sich mit Institutionen, Behandlungsverfahren und Technologien befasst und deren Auswirkung auf die Gesundheit von definierten Populationen analysiert.

Eine häufig verwendete Analysemethode beruht auf **idealtypischen Vergleichen**. Dies sind hypothetische Modelle, die Max Webers Wissenschaftstheorie entsprechend qualitative Unterschiede zwischen Systemen auf herausgehobene, erklärende Eigenschaften zurückführen (Weber 1988/1922). Zum Beispiel können Idealtypen unterschiedlicher Finanzierungsmodelle (z.B. private Krankenversicherung, Sozialversicherung, staatliche Finanzierung) einander gegenübergestellt und mit empirischen Daten verglichen werden. Auf diese Weise können Abweichungen und Übereinstimmungen vom idealtypischen Modell analysiert werden und zu Erkenntnissen über die Gesundheitssystementwicklung beitragen. Die idealtypische Darstellung ist also ein vereinfachtes Modell, das einen Vergleich anhand charakteristischer Eigenschaften ermöglicht.

Multidimensionale Modelle weisen einen höheren Grad an Komplexität auf und stellen ausgewählte Aspekte wie die Einflüsse von politischen, ökonomischen, epidemiologischen, demographischen und sozialen Faktoren auf die Systementwicklung dar (Ellencweig 1992).

Multidimensionale Modelle können z.B. dazu verwendet werden, um den Zusammenhang zwischen Bildungsstand, Einkommenshöhe und Gesundheit zu analysieren. Der Vorteil dieses Ansatzes besteht darin, dass zahlreiche Variablen, z.B. mittels einer Regressionsanalyse auch hinsichtlich kausaler Zusammenhänge untersucht werden können.

In Anlehnung an Wendt (2005) lassen sich vier theoretische Zugänge unterscheiden:



- **Gesundheitsökonomische Studien** gehören zu den am häufigsten durchgeführten Untersuchungen. Zentrale Fragen sind zum Beispiel die bedarfsgerechte Finanzierung und effiziente Verwendung der personellen und materiellen Ressourcen, die ökonomische Evaluation von Versorgungsformen und Interventionen, der internationale Vergleich von Gesundheitsausgaben sowie Analysen zu Finanzierungs- und Leistungsgerechtigkeit.
- **Politikwissenschaftliche Ansätze** untersuchen zum Beispiel das Handeln von gesundheitspolitischen Akteur*innen auf Regierungs- und Verwaltungsebene sowie den Einfluss von organisierten Interessengruppen. Gegenstand sind u.a. Fragen der Verteilung von Steuerungskompetenzen auf staatliche und nicht staatliche Akteure im Gesundheitssystem und deren Möglichkeiten, Entscheidungen und Reformprozesse beeinflussen zu können.
- Der **soziologische Ansatz** untersucht inwieweit sich Institutionen der Gesundheitsversorgung prägend auf die Wertvorstellungen und das Verhalten von Inanspruchnahme der Nutzer*innen auswirkt. Zum Beispiel genießen wohlfahrtsstaatliche Institutionen, die den Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung sicherstellen, ein hohes Maß an Wertschätzung in der Bevölkerung. Beispiele für die Verhaltensprägung durch Institutionen sind die in Deutschland im internationalen Vergleich relativ hohe Zahl der Ärzt*in-Patient*innenkontakte, während in Ländern, in denen hausärztliche Dienste institutionell wenig verankert sind, Krankenhausleistungen stärker in Anspruch genommen werden.
- Analysen, die einen **systemtheoretischen Ansatz** verwenden, versuchen, die unterschiedlichen Elemente, Hierarchien und Ebenen eines Gesundheitssystems umfassend darzustellen. Der systemtheoretische Ansatz ermöglicht auch eine Analyse von qualitativen Aspekten und Bedeutungszusammenhängen.

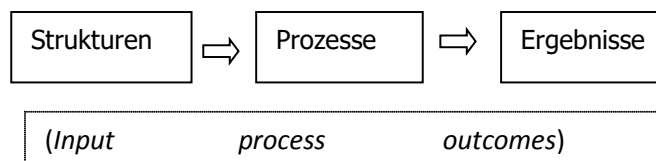
Einzelmodule von Gesundheitssystemen wie Finanzierung, Personalausstattung oder der Aufbau und die Ablauforganisation können herausgelöst und verglichen werden, ohne dass die Integrität des Modells Schaden

nimmt

(Ellencveig 1992). Jederzeit kann die Betrachtung auf andere Systemelemente oder auf das System als Ganzes erweitert werden. Der modulare Ansatz und systemisches Denken stellen sicher, dass der Blick für das Gesundheitssystem als Ganzes nicht verloren geht.

4.2 Input-Output-Modelle

Ein einfaches, aus den Ingenieurwissenschaften entlehntes Modell ist das Input-Output-Modell. Es ist vor allem deswegen für die Gesundheitssystemanalyse geeignet, weil es den Blick auf die Ergebnisse des Systems richtet und auf alle Ebenen der Systemanalyse anwendbar ist (Donabedian 1980).



4.2.1 Input

Unter Input werden die **personellen und materiellen Ressourcen** des Gesundheitssystems verstanden, z.B. die Anzahl und regionale Verteilung von Ärzt*innen, Therapeut*innen, Krankenpflegepersonen, Krankenhäusern, Pflegeheimen usw. Zu den grundlegenden Strukturen zählen auch die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen, deren Qualifikationsgrade, die Verfügbarkeit von Arzneimitteln, der Ausstattungsgrad mit technischen Geräten. Zu nennen sind hier auch Strukturdaten über die finanzielle Ausstattung, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt oder das Beitragsaufkommen zur Sozialversicherung. „Input“ ist also ein weitgefasser Begriff, der alle Ressourcen umfasst, die für das Funktionieren des Gesundheitssystems benötigt werden.

Inputs sind nicht beliebig vermehrbar; sie unterliegen den ökonomischen Gesetzen der Knappheit. Mittel für das Gesundheitssystem können nur insoweit zur Verfügung gestellt werden, als sie nicht durch private Haushalte oder den

Staat für andere Zwecke wie z.B. Bildung, Freizeit oder Verteidigung verwendet werden. Entscheidungen über die Verwendung und Priorisierung von Ressourcen werden durch den **Allokationsprozess** getroffen. Die Ressourcenallokation erfolgt sowohl durch planerische Festlegungen, z.B. durch Budgets und Kapazitätsplanungen, als auch durch die direkte professionelle Entscheidung auf Ebene der Inanspruchnahme von Leistungen, z.B. durch die ärztliche Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Pflege oder Krankenhausbehandlung.

Es ist wichtig, dass die Ressourcen in einem abgestimmten und ausgewogenen Verhältnis zueinanderstehen. Ungleichgewichte bei der Verteilung der Inputs sind häufige Ursachen für Fehlentwicklungen oder Funktionsstörungen von Gesundheitssystemen. Die Qualität der Inputs kann als **Strukturqualität** gemessen und bewertet werden. Zahlreiche Reformvorhaben sind darauf gerichtet, Fehlallokationen zu vermeiden und die Personalqualifikation und -ausstattung und damit die Strukturqualität der Gesundheitsdienste zu verbessern.

4.2.2 Prozesse



Unter Prozessen werden die Systemaktivitäten und Wechselbeziehungen verstanden, die zur Ausübung der Funktionen des Systems notwendig sind. Vergleichende Untersuchungen beschäftigen sich z.B. mit Behandlungsabläufen und Therapieleitlinien, mit Fragen der Bedarfsermittlung, des Überweisungsverhaltens, der Kontinuität der Behandlung und der Anzahl und Dauer von Ärzt*in-Patient*innen-Kontakten. Auch gesundheitsökonomische Prozesse wie Finanzierungsströme und Anreizsysteme sind hier zu nennen.

Die prozessualen Aspekte einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit wären hier zu betrachten. Die Angemessenheit der eingesetzten Verfahren und Steuerungsinstrumente kann durch die Untersuchung der **Prozessqualität** gemessen und bewertet werden.

4.2.3 Outcomes



Outcomes sind die Ergebnisse der Systemprozesse, also diejenigen Veränderungen des Gesundheitszustandes, die kausal der vorausgegangenen Intervention durch das System zugerechnet werden können (Donadebian 1980). Outcomes ist eine Dimension, die die positiven oder negativen Folgen aller Systemprozesse integriert und damit die Ergebnisse von Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung messbar und bewertbar macht. Outcomes-Parameter umfassen eine Reihe von physischen, psychischen und sozialen Messgrößen wie z.B. Mortalität, Lebensqualität, klinische Funktionszustände, aber auch Veränderungen von Wissen, Verhalten und Einstellungen. Bei der großen Zahl möglicher Parameter müssen die Messgrößen spezifisch auf die Ziele der zu bewertenden Intervention ausgerichtet sein.

Im Rahmen der Messung von **Ergebnisqualität** werden also konkrete Auswirkungen von Strukturen und Prozessen bewertet, z.B. die Senkung der Säuglingssterblichkeit durch verbesserte Schwangerschaftsvorsorge oder die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen durch eine systematische Kombination von pflegerischen und therapeutischen Angeboten.



(3) e-tivity

Beschreiben Sie anhand eines kurzen Beispiels aus Ihrer beruflichen Praxis das Input-Prozess-Outcomes Modell.

4.2.4 Anwendungsbereiche von Outcomes-Messungen

In den Wirtschaftswissenschaften wird der Begriff ‚Output‘ zur Beschreibung der Ergebnisse des Produktionsprozesses verwendet, also z.B. die Zahl der in einer Fabrik hergestellten Autos. Analog hierzu ist Output eine Messgröße, die z.B. die Zahl der Pflegetage, der durchgeführten Therapien oder Operationen beschreibt. *Output* bezeichnet also intermediäre Ergebnisse der Prozesse, während *Outcomes* sich auf definitive Veränderungen des Gesundheitszustandes bezieht und damit eine für die Bewertung der Versorgungsqualität aussagekräftigere Dimension ist.

Outcomes-Messungen werden zur Bewertung von klinischen und epidemiologischen Studien, im Management und in der Politikberatung verwendet (Casparie 1997):

Die Orientierung an den Behandlungsergebnissen, die sog. **Outcomes-Orientierung**, ist ein internationaler Trend, der das Leistungsgeschehen und damit auch die Systementwicklung zunehmend beeinflusst. Es sind zahlreiche Initiativen entstanden, die mit unterschiedlichen Ansätzen und Schwerpunkten auf den Gebieten von evidenzbasierter Medizin, Therapie und Pflege, Outcomes-Management und [Health Technology Assessment \(HTA\)](#) tätig sind.

Der Begriff HTA ist weit gefasst zu verstehen. Er bezieht sich keineswegs nur auf apparative Technologien, sondern umfasst die *systematische, transdisziplinäre Bewertung wissenschaftlicher Informationen über Auswirkungen gesundheitsrelevanter Verfahren, Leistungen, Technologien und Prozeduren auf die Gesundheit bzw. auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung*. (DIMDI 2017). Dazu gehören also alle gesundheitsbezogenen Interventionen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsproblemen, also auch zum Beispiel Impfungen, Medizinprodukte, Assistenzsysteme, Operationen, Arzneimittel, oder physiotherapeutische, logopädische oder ergotherapeutische Behandlungen und pflegerische Verfahren.

International bedeutsam für die Verbreitung von outcomes-basierten Entscheidungsgrundlagen ist zum Beispiel die [Internationale Cochrane Collaboration](#) (2012). Die Cochrane Collaboration verfasst und verbreitet systematische Übersichtsarbeiten in der Medizin und Versorgungsforschung nach einem Ansatz, der durch den britischen Epidemiologen Archie Cochrane entwickelt wurde. Darüber hinaus haben sich in zahlreichen Industrieländern Initiativen entwickelt, die Wissen über HTA verbreiten oder selbst eigene Untersuchungen durchführen.



(V1) Video zur Vertiefung

Schauen Sie sich den folgenden Videobeitrag zum Thema [Evidenzbasierte Medizin](#) an.

Das [Deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen \(IQWiG\)](#) wurde 2004 nach Vorbild des britischen [National Institute of Clinical](#)

Excellence (NICE) gegründet. Bereits seit längerer Zeit ist als HTA-Agentur das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) tätig. Es stellt Informationen für die Bewertung medizinischer Verfahren in allen relevanten Bereichen zur Verfügung und fördert darüber hinaus die Erforschung spezifischer Fragestellungen.

Ansätze des **Outcomes-Managements** sind in den letzten Jahren zunehmend in die Praxis umgesetzt worden, wie die folgenden Beispiele zeigen:



- *Maßnahmen der Qualitätssicherung, einschließlich Zufriedenheitsbefragungen* von Patient*innen, haben Eingang in die Routine von Gesundheitsdiensten gefunden. Seit 2015 besteht das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) welches Konzepte und Instrumente zur externen Qualitätssicherung entwickelt und an der Umsetzung der Verfahren in beteiligt ist.
- *Evidenzbasierte Leitlinien* und klinische Pfade dienen als Grundlage von strukturierten Behandlungsansätzen und finden zunehmend Anwendung in der Praxis. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ <http://www.aeqz.de/>) publiziert beispielsweise abgestimmte Versorgungsleitlinien für häufige Krankheiten, die als inhaltliche Grundlage von Behandlungskonzeptionen dienen.
- Outcomes-abhängige *Vergütungssysteme* (Pay for Performance), die Bonuszahlungen bei Erreichen von definierten Behandlungsergebnissen auslösen, werden zunehmend erprobt und angewendet.

Gleichwohl ist eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik auf der Basis einer outcomes-orientierten Versorgungsforschung bislang nur in Ansätzen verwirklicht, zum einen, weil für zahlreiche Interventionen keine oder nur unzureichende Studien vorliegen, zum anderen, weil politische Entscheidungen weniger durch wissenschaftliche Erkenntnisse als durch Interessengruppen und finanzielle Rahmenbedingungen geprägt sind (Gerhardus 2010).

5. Bewertungskriterien für Pflege und Therapie

Ein häufiges methodisches Problem bezieht sich auf die Frage, nach welchen Kriterien gesundheitsrelevante Interventionen, zum Beispiel therapeutische Ansätze oder Pflegeverfahren, bewertet werden sollten. Die folgenden allgemeinen Bewertungskriterien haben in der Versorgungsforschung breite Akzeptanz gefunden und lassen sich auf die verschiedenen Systemebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene) anwenden (Smith et al. 2005).

5.1 Wirksamkeit (effectiveness)

Dieses Kriterium beschäftigt sich mit der Frage, ob eine neue Technologie oder Behandlungsmethode die behaupteten Ziele und Erwartungen erfüllt und inwieweit sie zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. Zu unterscheiden ist die Wirksamkeit von Interventionen unter Idealbedingungen (*efficacy*) und Normalbedingungen (*effectiveness*). In einem Pilotprojekt, das optimal ausgestattet ist, können bessere Outcomes erzielt werden als unter Alltagsbedingungen. Beispielsweise lässt sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflege und therapeutischen Berufen, die in einem Modellprojekt gut funktioniert, nicht ohne weiteres auf andere Einrichtungen übertragen. Dies ist häufig zu beobachten, wenn neue Behandlungsansätze unter Forschungsbedingungen entwickelt werden und nur zögerlich oder gar nicht in anderen Bereichen angewendet wird, weil es an Ressourcen oder Erfahrungen mangelt. Eine Wirkungsanalyse setzt eine detaillierte Kenntnis der Versorgungsstrukturen und Rahmenbedingungen voraus.

Nicht nur für die Medizin, sondern auch für die Pflege und Therapie werden zunehmend **experimentelle Studien** zum Nachweis der Wirksamkeit von Behandlungsverfahren gefordert. Diese Interventionsstudien sind zur Testung von Hypothesen, zum Beispiel des kausalen Nachweises des Nutzens einer neuen Technologie im Vergleich zu einer Alternative, geeignet.

Die Studienteilnehmer*innen werden nach dem Zufallsprinzip oder alternierend entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe erhalten die neue Technologie, die

der Kontrollgruppe eine herkömmliche oder keine Behandlung. Die Outcomes, z. B. die Veränderung der Lebenserwartung oder der Lebensqualität, wird zwischen beiden Gruppen verglichen. Beispielsweise konnte die Überlegenheit des Bobath-Konzepts bei der Rehabilitation von Patient*innen mit Schlaganfall, gegenüber anderen Behandlungen nicht nachgewiesen werden, obwohl dieses sehr weit verbreitet ist und von vielen Therapeut*innen bevorzugt wird (Kollen et al. 2009). Unbestritten ist, dass zahlreiche physiotherapeutische Ansätze wirksam sind, sofern diese intensiv durchgeführt werden. Daher sind weitere Studien notwendig, um herauszufinden, welches Verfahren für welche Patient*innen am besten geeignet ist (Veerbeek et al. 2014).

Im Gegensatz zu anderen Interventionen, sind für die Zulassung neuer Arzneimittel **randomisierte Doppel-Blindstudien** gesetzlich vorgeschrieben. Das heißt, weder die Studienteilnehmer*innen noch die unmittelbar beteiligten Untersucher*innen kennen die nach dem Zufallsprinzip erfolgte Verteilung auf die Interventions- und Kontrollgruppe. Hinsichtlich des Studiendesigns, der Interpretation und der ethischen Implikationen von randomisierten und kontrollierten Studien (randomised controlled trials, RCTs) wird auf das Modul Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen und Epidemiologie verwiesen.

5.2 Wirtschaftlichkeit (efficiency)

Ökonomische Analysen beantworten die Frage, ob die Kosten und Nutzen einer Intervention in einem angemessenen Verhältnis zueinanderstehen. Unwirtschaftlicher Mitteleinsatz ist häufig verbunden mit Formen der **Fehl-, Über- und Unterversorgung**. Hohe Gesundheitsausgaben garantieren keineswegs bessere Outcomes. Vielmehr steht häufig die Höhe der Aufwendungen in einem Missverhältnis zu den Ergebnissen („Golfahren zum Preis eines Mercedes“, SVR 2001). Tchouaket et.al. (2012) stellten mit Hilfe eines multidimensionalen Modells fest, dass in den Ländern die Mitglieder der [Organisation for Economic Cooperation and Development](#) (OECD) sind, deutliche Unterschiede hinsichtlich der Effizienz und Produktivität der eingesetzten Ressourcen und der damit erzielten Outcomes bestehen.

Besonders gut schnitten in dieser Untersuchung die skandinavischen Länder Norwegen, Schweden und Finnland ab, während die Wirtschaftlichkeit des

Mitteinsatzes, trotz relativ höherer Ausgaben, in den reicheren Ländern Luxemburg, Schweiz und USA deutlich schlechter war.



Lesen Sie:

[Health at a glance: Wo steht Deutschland?](#) OECD 2015.



Lesen Sie zur Vertiefung:

<http://www.oecd.org/germany/Health-at-Glance-2015-Berlin-Event-How-Germany-Compares.pdf>

Zunehmend werden ökonomische Analysen auch für den Bereich der Pflege und therapeutischer Interventionen gefordert und durchgeführt.

Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass die Physiotherapie der Kortisoninjektion bei chronischer Epikondylitis überlegen, also kosteneffizient ist, obwohl die Physiotherapie wesentlich teurer ist (Coombes et al 2016). Andererseits erbrachte der Vergleich eines kombinierten Gruppenangebotes (mit Physiotherapie, Rückenschulung und Informationen zu Verhaltensänderungen) im Vergleich zu alleiniger Physiotherapie, bei Patient*innen mit unspezifischen chronischen Schmerzen im unteren Rückenbereich keinen Zusatznutzen. Vielmehr waren die Kosten in der Interventionsgruppe deutlich höher, so dass die Durchführung des intensiven Gruppenangebots nicht empfohlen wurde (van der Roer et al. 2008).

In einer Studie aus dem Bereich der Pflege wurden Krankenhauskosten mit den Kosten einer pflegerischen und ärztlichen Betreuung im häuslichen Umfeld (*Hospital at Home*) verglichen.

Die Patient*innen, die für eine häusliche Betreuung geeignet waren, wurden initial stationär aufgenommen und nach dem Zufallsprinzip entweder einer Behandlung im Krankenhaus oder im häuslichen Umfeld zugeführt. Zwischen beiden Gruppen wurden keine klinisch bedeutsamen Unterschiede in Bezug

auf das Behandlungsergebnis festgestellt. Das Hospital al-at-Home-Programm ist kosteneffizient, weil es die Behandlung zu niedrigeren Kosten als das Krankenhaus erbringt (Jones et al. 1999).

Kritisch ist anzumerken, dass für zahlreiche gebräuchliche Therapieansätze bislang keine Kosten-Nutzen Studien durchgeführt wurden. Überdies liegen die Schwierigkeiten der Anwendung von Methoden der ökonomischen Evaluation in zahlreichen Details, die zu einer international unterschiedlichen Ausprägung der verwendeten Ansätze geführt hat. Eine Verbesserung und internationale Vereinheitlichung der Methoden wird angestrebt (Drummond et al. 2012, Gray and Wilkinson 2016).

5.2 Fairness und Bedarfsgerechtigkeit (Equity)

Diese Dimension untersucht die Frage, inwieweit das Gesundheitssystem, ein Programm, oder eine Intervention zum sozialen Ausgleich beiträgt und ob Nutzen und Lasten gerecht verteilt sind. Grundsätzlich können zwei Kontexte von Gerechtigkeit unterschieden werden:



- Der horizontalen Gerechtigkeit (*horizontal equity*) liegt das Prinzip zu Grunde „Gleiches gleich zu behandeln“. Beispielsweise soll gewährleistet sein, dass Patient*innen mit gleichen Krankheiten gleichbehandelt werden, also unabhängig von Einkommen, Wohnort oder Versichertenstatus Zugang zu einer dem Bedarf entsprechenden Behandlung erhalten.
- Vertikale Gerechtigkeit (*vertical equity*) bedeutet „Ungleiches ungleich zu behandeln“. Zum Beispiel löst eine ungleiche finanzielle Leistungsfähigkeit in der sozialen Krankenversicherung ungleiche Beiträge aus; die Beiträge sind einkommensabhängig gestaffelt.

Bei der grundsätzlichen Frage, welche Gleichheitszustände durch die Gesundheitspolitik angestrebt werden sollen, ist zu beachten, dass eine **gleiche Gesundheit (equity of health)** von Populationen kaum zu verwirklichen sein dürfte.

Denn die Gesundheit des Einzelnen wird durch individuelle Risiken und zahlreiche Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems beeinflusst. Aus diesem

Grunde wird auch international eher über *Mindeststandards von Gesundheit* diskutiert. Diese haben, zum Beispiel im Rahmen der Verwendung von **Gesundheitszielen** Eingang in die Gesundheitspolitik gefunden.

Durchgesetzt hat sich der Begriff der **Bedarfsgerechtigkeit (*equity of need*)**. Dies bedeutet eine dem normativen Bedarf entsprechende Ressourcenallokation und Inanspruchnahme einer Behandlung, die gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt (SVR 2001). Eng damit verbunden ist die Frage der **Zugangsgerechtigkeit (*equitable access to health*)**, wenn zwar die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Behandlung besteht, aber diese aus unterschiedlichen Gründen nicht in Anspruch genommen wird. Untersuchungen zur Zugangsgerechtigkeit beschäftigen sich mit der Frage, wie die medizinische Versorgung unabhängig von sozialen Unterschieden, Wohnort und Einkommen sichergestellt wird.

Zugangsgerechtigkeit bezieht sich also nicht nur auf fachliche, räumliche und finanzielle Bedingungen der Inanspruchnahme, sondern auch auf das Fehlen jeglicher Form von Diskriminierung.

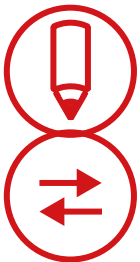
Für die Beurteilung der finanziellen Belastung sind **private Direktzahlungen** für Gesundheitsleistungen von besonderer Bedeutung. Diese machen seit den 1980er Jahren einen steigenden Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit aus. Studien weisen nach, dass sich die steigende finanzielle Belastung, vor allem auf Haushalte mit niedrigem Einkommen negativ auswirkt, da sie den Zugang zu Gesundheitsleistungen erschwert oder verhindert. (McPake B et al. 2011, Powell-Jackson et al. 2014, Schokkaert et al. 2017).

Das Thema **Armut und Gesundheit** ist von zentraler Bedeutung für die Herstellung von Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit. ([Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit](#))

Menschen mit niedrigem Einkommen haben eine niedrigere Lebenserwartung und ein höheres Risiko für weit verbreitete Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herzinfarkt oder COPD. Häufig sind Einkommensarmut und niedriger Sozialstatus mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (z.B. Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung, beruflicher und privater Stress, Gewalterfahrungen, Rauchen, Alkoholkonsum) verbunden.

Häufiger bestehen auch gesundheitsbedingte Problemen der Alltagsbewältigung und eine geringere soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung.

Aus diesen Gründen haben gesundheitspolitische Programme, die zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen beitragen besondere Bedeutung im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gewonnen (Lampert und Kroll 2010, Lampert et al. 2017).



(4) e-tivity

Führen Sie eine **Literaturrecherche** zum *Thema Armut bzw. Sozialstatus und Gesundheit* für Ihr jeweiliges Berufsfeld durch. Untersuchen Sie einen dieser Themenbereiche „Armut und Bewegungsmangel“, „Armut und Sprachentwicklung“, „Armut und Ernährung“, „Armut und Depression“ oder wählen Sie einen weiteren Themenbereich „Armut und ...“.

5.3 Menschlichkeit und Akzeptanz (*Humanity*)

Diese Dimension hinterfragt, ob Strukturen und Abläufe des Gesundheitssystems eine humane Versorgung ermöglichen und die Autonomie der Patient*innen fördern. Wichtige Forschungsansätze sind **Umfragen zur Zufriedenheit der Patient*innen und Akzeptanz der Gesundheitsdienste**.

Zu beachten ist allerdings, dass pauschale Urteilsfragen, z.B. „Wie zufrieden sind Sie mit dem neuen Notrufsystem?“ oder „Wie bewerten Sie Ihren letzten Krankenhausaufenthalt?“ nur begrenzte Aussagekraft haben. Oft stimmen diese subjektiven Bewertungen mit der Versorgungsrealität nur bedingt überein. Die Gründe liegen in einer Reihe von Faktoren, die das Antwortverhalten der Befragungsteilnehmer*innen beeinflussen, zum Beispiel soziale Erwünschtheit, internationale kulturelle Unterschiede oder nach sozioökonomischem Status differente Anspruchsniveaus. Besser geeignet sind ereignisorientierte Berichtsfragen.

Diese beziehen sich auf objektivierbare Sachverhalte, z.B.: „Wie lange mussten Sie nach Auslösung des Notrufs auf Hilfe warten?“ „Hatten Sie im letzten Jahr ein ernsthaftes Problem, Ihre medizinischen Rechnungen zahlen zu können?“

Die **Beteiligung der Patient*innen** an den sie betreffenden individuellen Behandlungsentscheidungen (*shared decision making*) hat in der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten Jahre besonderes Gewicht erhalten.

Idealerweise sollen professionelle Helfer und Patient*innen hinsichtlich der Auswahl von Diagnostik und Behandlungsmethoden als gleichberechtigte Partner agieren. Die Förderung **partizipativer Entscheidungsfindung** löst die traditionelle paternalistische Beziehung im Ärzt*in-Patient*innen-Verhältnis ab und bezieht die Patient*innen aktiv in den Abwägungsprozess und die Verantwortung für die gemeinsam getroffene Entscheidung ein. Insbesondere wenn es mehrere Behandlungsoptionen gibt, wie beispielsweise in der Onkologie, sind die Sichtweisen und Präferenzen der Patient*innen besonders relevant. (Bergelt et al 2017). Die positiven Auswirkungen dieses Verfahrens sind belegt, zum Beispiel hinsichtlich einer besseren Therapieadhärenz und einer realistischeren Einschätzung der Therapiemöglichkeiten sowie einer größeren Patient*innenzufriedenheit.

Herausforderungen bestehen jedoch bei der Implementierung des Verfahrens, da besondere Anforderungen an die kommunikative Kompetenz der beteiligten Partner zu stellen sind.



Lesen Sie zur Vertiefung

[Endpunkt-relevante Effekte durch partizipative Entscheidungsfindung.](#) Von Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K., Albus, C., Herzig, S., & Matthes, J. (2015). Dtsch Ärztebl, 40, 665-671.

Zu den international anerkannten ethischen Prinzipien im Umgang mit Patient*innen gehören die **Wahrung der Patient*innenwürde**, die Förderung der Patient*innenautonomie und der Grundsatz, dass eine Intervention nicht schaden darf, sondern nützen soll, also das Prinzip des *primum non nocere*. Diese Prinzipien sind nicht auf den Bereich der Medizin begrenzt, sondern treffen gleichermaßen auch für Interventionen zu, die durch die Pflege oder therapeutischen Berufe durchgeführt werden.



Das Konzept der **Autonomie** ist eng verbunden mit dem Begriff des **Empowerment**, also der Stärkung von Fähigkeiten, die Individuen eine Teilhabe

am sozialen Leben ermöglichen und in die Lage versetzen, persönliche Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu entwickeln.

Dieser Begriff ist in der internationalen Diskussion zu einem wichtigen Prinzip einer Patient*innenzentrierten Gesundheitsversorgung geworden ([International Alliance of Patients' Organizations](#) - IAPO 2012)

Wichtige Dimensionen von *Empowerment* sind die persönlichen, kulturellen und politischen Aspekte von Selbstbestimmung und Lebensautonomie, sozialer Gerechtigkeit sowie demokratischer Partizipation. Sie kommen in den Prinzipien einer Patient*innenzentrierten gesundheitlichen Versorgung zum Ausdruck, wie sie von der Internationalen Organisation der Patient*innenorganisationen formuliert wurden (IAPO 2017):



- Respekt und Unterstützung für die Bedürfnisse, Präferenzen, Werte und Rechte individueller Patient*innen,
- verbesserte Wahlmöglichkeiten und Befähigung zur Teilhabe,
- Patient*innenbeteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen,
- uneingeschränkter Zugang zu Gesundheitsdiensten und Unterstützung bei der Inanspruchnahme,
- akkurate, relevante und umfassende Information.

Defizite auf diesem Gebiet sind besonders im Umgang mit chronisch Kranken und psychisch Kranken zu verzeichnen. Zivilgesellschaftliche Netzwerke können entscheidend dazu beitragen, die Aufmerksamkeit auf die Probleme psychisch Kranker zu richten und der Diskriminierung entgegen zu wirken sowie angemessene Mittel für eine humane Versorgung bereitzustellen (Tomlinson and Lund 2012). Erst relativ spät und international unterschiedlich hat sich z.B. die Erkenntnis nach humanen, gemeindenahen und häuslichen Betreuungsformen in der Psychiatrie und Pflege durchgesetzt.



Lesen Sie zur inhaltlichen Vertiefung der Kapitel 4 und 5:

[Versorgungsforschung evidenzbasiert: Ein Kurzüberblick und Implikationen](#) von Gräbel, E., Donath, C., Holleder, A., Drexler, H., Kornhuber, J., Zobel, A., & Kolominsky-Rabas, P. (2015). *Das Gesundheitswesen*, 77(03), 193-199.

6. Gesundheitsökonomische Grundlagen

Die Gesundheitsökonomie ist ein Teilgebiet der Wirtschaftswissenschaften, das sich mit der Produktion, Distribution und Konsumtion von gesundheitsbezogenen Waren und Dienstleistungen befasst. Gleichzeitig sieht sich die Gesundheitsökonomie als ein Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften und von Public Health. Als ein relativ neuer Forschungs- und Praxisansatz untersuchen die Gesundheitswissenschaften die Abhängigkeit der Gesundheit von einem umfassenden **System bevölkerungsbezogener Einflüsse** – zu deren Erkenntnis zahlreiche Disziplinen wie z.B. Soziologie, Psychologie, Anthropologie, Gesundheitsökonomie, Politikwissenschaft, Medizin und Pflegewissenschaften durch interprofessionelle Zusammenarbeit beitragen.

Die **Gesundheitsökonomie** beschäftigt sich insbesondere mit:



- dem Verhalten der Wirtschaftssubjekte im Gesundheitswesen und untersucht beispielsweise Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Leistungen sowie das Verhalten der Leistungsanbieter,
- der Versicherungstheorie, z. B. den ökonomischen Gestaltungsmöglichkeiten in der GKV und PKV, Fragen des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen,
- der Finanzstromanalyse im Gesundheitssystem,
- Fragen der Systemgestaltung und der Ordnungspolitik
- Der gesundheitsökonomischen Bewertung (Evaluation) von Interventionen.



Zunächst seien wichtige wirtschaftswissenschaftliche Grundbegriffe geklärt: **Güter** sind die zur Befriedigung von Bedürfnissen geeigneten Mittel. Diese Definition schließt Waren und Dienstleistungen ein. **Ressourcen** sind die Mittel, die zur Produktion von Gütern eingesetzt werden Sie sind knapp, d.h. nicht unbegrenzt vermehrbar. Zu unterscheiden sind immaterielle Ressourcen (z. B. Software, Patente) und materielle Ressourcen (Sachmittel, Gebäude, Geräte). Aus volkswirtschaftlicher Sicht werden wichtige Inputs, z. B. Arbeit, Kapital,

Boden (Umweltfaktoren) und Wissen, die bei der Bereitstellung von Gütern mitwirken, als **Produktionsfaktoren** bezeichnet.

Es ist außerdem von grundlegender Bedeutung, sich die **Finanzströme im Gesundheitssystem** zu vergegenwärtigen. Wie im einleitenden Kapitel dargestellt, kann das Gesundheitssystem insgesamt als ein Markt betrachtet werden, an dem die privaten Haushalte als Nachfrager und die Leistungserbringer*innen, wie zum Beispiel Ärzt*innen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, therapeutische Berufe, Apotheken, Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller als Anbieter teilnehmen. Generell gelangen die Mittel, die von den privaten Haushalten aufgewendet werden, auf zwei Wegen zu den Leistungserbringer, als Direktzahlung (sog. *out of pocket payment*) oder über eine Finanzierungsinstitution, den Staat oder eine Versicherung (sog. *third party payment*).

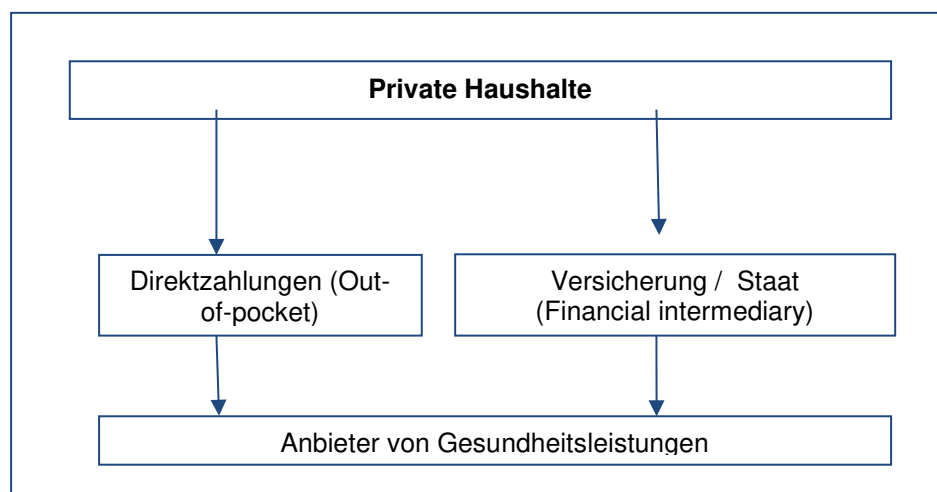


Abb 2 . Finanzströme im Gesundheitssystem

Die zwischengeschalteten Institutionen agieren als Finanzierer der Leistungen, indem sie zunächst die Kosten übernehmen, die von der Gesamtheit der Haushalte aufgebracht werden. Sie können selbst als Käufer von Leistungen auftreten und aufgrund gesetzlicher Regelungen durch vielfältige Maßnahmen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflussen.

6.1 Besonderheiten von Gesundheitsgütern

Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern weist jedoch eine Reihe von Besonderheiten auf. So unterscheidet sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von anderen Gütern durch:



- **Hochregulierte Märkte.** Insbesondere der erste Gesundheitsmarkt unterliegt umfassenden gesetzlichen Regeln, die Art, Qualität, Menge und Preis der Leistungen beeinflussen oder bestimmen.
- **Die Ungewissheit des Bedarfs.** Die Tatsache, dass Art und Umfang der Leistungen sowie die damit verbundenen Ausgaben nicht vorhersehbar sind, begründet die Idee der Versicherung. Die Krankenversicherung, ob privat oder öffentlich, soll die versicherten Personen in erster Linie gegen existenzgefährdende Vermögensverluste absichern (Cutler and Zeckhauser 2000).
- **Begrenzte Information der Konsumenten.** Patient*innen haben nur eingeschränkte Kenntnisse von Art, Umfang und Qualität der im Bedarfsfall notwendigen Gesundheitsgüter.
Sie treten nicht unmittelbar als Nachfrager in Erscheinung, sondern nehmen professionelle Hilfe bei der Diagnostik und Therapie in Anspruch.
- Hinzu kommt, dass sie die Handlungen der professionellen Helfer nicht vollständig einschätzen können. Infolge dieser Informationsasymmetrie ist ihre Souveränität als Konsumenten eingeschränkt. Die fehlende Transparenz gibt den Anbietern einen Handlungsspielraum, den Sie für eigene Ziele zu nutzen vermögen.
- **Komplexität der Dienstleistung:** Gesundheitsdienstleistungen sind selten homogen, d.h. auf zahlreiche Patient*innen gleichförmig anwendbar, sondern werden häufig individuell an den persönlichen Bedarf angepasst. Sie setzen oft eine Zusammenarbeit von mehreren Leistungserbringern voraus, die jeweils unterschiedliche Maßnahmen zu einer komplexen Gesamtleistung beisteuern.



Frageimpuls 1.1

Reflektieren Sie: Worin unterscheidet sich die Nachfrage nach Lebensmitteln von der nach Gesundheitsleistungen?

Diskutieren Sie für sich die *Unterschiede* anhand der vier Kriterien mit Beispielen aus Ihrem *jeweiligen Berufsfeld*.

Aufgrund dieser Besonderheiten von Gesundheitsmärkten lassen sich grundlegende Unterschiede zu sonstigen Gütermärkten ableiten. Die marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen von effizient funktionierenden Handelsmärkten sind in Gesundheitssystemen nicht oder nur eingeschränkt wirksam. Gleichwohl ist seit Ende der 1980er Jahre international ein Trendwechsel hin zu einer Ökonomisierung des Gesundheitssystems mit einer stärkeren Effizienz- und Ergebnisorientierung zu beobachten. Damit wird die ausschließlich auf Begrenzung der Ausgaben gerichtete Politik verlassen, und Qualitätsaspekte medizinischer Leistungen gewinnen stärker an Bedeutung.

Beispielsweise haben Ärzt*innen ihre unangefochtene Definitions- und Entscheidungsmacht im Gesundheitswesen verloren und werden als Leistungserbringer*innen in die wirtschaftliche Verantwortung einbezogen. Gleichzeitig wurden Formen des Wettbewerbs sowohl zwischen Versicherern als auch zwischen Leistungsanbietern eingeführt.

Weitere Ziele gesundheitspolitischer Reformen sind eine systematische Qualitätssicherung bei gleichzeitiger sparsamer Ressourcenverwendung sowie die Einführung neuer Mechanismen zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen und der Ausgabenentwicklung.

6.2 Das Allokationsproblem



Gesundheitsgüter sollen entsprechend den Präferenzen und Nutzensvorstellungen der Nachfrager produziert werden. Dieser als **allokative Effizienz** (*allocative efficiency*) bezeichnete Grundsatz bedeutet, dass Gesundheitsgüter bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden und Formen der Über-, Unter-, und Fehlversorgung vermieden werden (SVR 2001).

Beispielsweise besteht trotz allgemein hoher Ärzt*innendichte Ärzt*innenmangel in ländlichen Regionen und eine Überversorgung in vielen Großstädten. Ähnliche Formen der Fehlallokation treffen auch auf die Verteilung von pflegerischen und therapeutischen Berufe zu und den damit verbundenen ungleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten (siehe 4.3 Fairness und Bedarfsgerechtigkeit). Ein weiteres Beispiel von Fehlallokationen sind unwirksame Therapien. Für viele Behandlungsverfahren, auch solche die von den therapeutischen Berufen angewendet werden, fehlen Wirksamkeitsnachweise.

Doch mit welchen Instrumenten kann alloкатive Effizienz im Gesundheitssystem erreicht werden? Wie soll entschieden werden, für wen, mit welchen Ressourcen, wie viele Gesundheitsgüter produziert werden? Für dieses zentrale Koordinationsproblem kommen grundsätzlich zwei Lösungsansätze in Frage:

- die Steuerung durch Märkte und Wettbewerb,
- die staatliche Steuerung durch Planung.



Ein Beispiel für die Ressourcenallokation durch Planung ist die Bedarfsplanung für Ärzt*innen. Diese vermag jedoch nicht das Problem des Ärzt*innenmangels in ländlichen Regionen zu lösen.

Lesen Sie hierzu zur Vertiefung:

[Das Gesundheitssystem in Deutschland–Rahmenbedingungen](#) von Kursescheid, C., & Eble, S. (2016). *Gesundheitsnetzwerke, Strategie, Konzeption, Steuerung*, 3-11.Abschnitt 1.6. und 1.7.

[Nachwuchs für LandÄrzt*innen](#) aus Lausitz Rundschau Online vom 8.4. Kittel, B., Kaczynski, A., Bethge, S., & Mühlbacher, A. C. (2016).

[Was braucht die/der neue LandÄrzt*in?](#) – Ein Analytic Hierarchy Process (AHP). *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 21(03), 137-144.

Das marktwirtschaftliche Steuerungsmodell geht theoretisch davon aus, dass die Allokation hocheffizient ist, wenn Märkte reibungslos funktionieren. Unter diesen Bedingungen bedarf es keiner steuernden Regierungsintervention und der Staat sollte sich als Hüter des Wettbewerbs auf die Einhaltung der Marktregeln beschränken. Treten Marktverzerrungen auf, ist es Aufgabe des Staates durch geeignete Interventionen möglichst marktkonforme Bedingungen

wiederherzustellen. Die Befürworter einer stärkeren staatlichen Steuerung begründen die Besonderheiten der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und das Versagen von Gesundheitsmärkten, die Notwendigkeit von gezielter Staatsintervention, um die Allokationsfunktion zu verbessern.

Eben, weil Märkte im Gesundheitswesen und anderswo nicht perfekt funktionieren, muss der Staat eingreifen und soziale Ziele durchsetzen.

Die Reformdiskussion der letzten Jahrzehnte hat keine eindeutige Entscheidung für einen der beiden Ansätze gebracht. Tendenziell wächst die Erkenntnis, dass ein Zuviel an staatlichen Eingriffen ineffizient sein kann und die Notwendigkeit begründet, Marktmechanismen und Wettbewerb im Gesundheitssystem zu stärken.

So wurden im Zuge zahlreicher Reformgesetze einzelne marktwirtschaftliche Steuerungsformen eingeführt, die vorhandene Elemente staatlicher Regulierung ergänzen oder ersetzen.

Das Gesundheitswesen bewegt somit sich ordnungspolitisch in einem Spannungsfeld zwischen staatlicher Einflussnahme und marktwirtschaftlicher Orientierung:



- Einerseits hat sich weitgehend die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine ausschließlich marktwirtschaftliche Organisationsform des Gesundheitswesens zu sozialen Verwerfungen und Fehlallokationen führt. Ein solches System wäre für weite Bevölkerungskreise zu teuer, und bestimmte Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Prävention könnten überhaupt nicht erbracht werden. Deswegen wird auch in marktwirtschaftlich orientierten Systemen eine staatliche Steuerung als notwendig erachtet, vor allem, um der gesamten Bevölkerung einen fairen und bedarfsgerechten Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen zu ermöglichen.
- Andererseits bedeutet ein staatlich bestimmtes Gesundheitswesen nicht automatisch, dass die Leistungen effizient erbracht werden. Im Gegenteil; große staatliche Bürokratien und Sozialversicherungssysteme bieten kaum Anreize zu Flexibilität, Patient*innenorientierung, Innovation und sorgfältiger Mittelverwendung. Fehlallokationen von Ressourcen und Mittelverschwendung sind vielmehr relativ häufig anzutreffen.

6.3 Preis- und Qualitätswettbewerb in Gesundheitsmärkten

Seit Mitte der 1980er Jahre sehen viele Länder in der Verwendung von Wettbewerbselementen innerhalb öffentlicher Institutionen einen Ausweg aus diesem Dilemma (Le Grand und Bartlett 1993). Sie versuchen durch Einführung von Marktmechanismen ihre unbeweglichen Gesundheitsbürokratien effizienter zu machen. Grundsätzlich kann zwischen **preis- und qualitätsbezogenen Wettbewerbsformen** unterschieden werden (Saltman 1996, Gaynor et al 2012):



- Im **Preiswettbewerb** hat der Kunde (Kostenträger oder Patient) die Wahl zwischen Anbietern, die ihre Leistungen zu einem niedrigeren Preis als die Konkurrenz erbringen. Ein Beispiel ist der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, die im Wesentlichen die gleichen Leistungen erbringen, aber je nach verlangtem Zusatzbeitrag der Höhe nach unterschiedliche Beiträge verlangen. Ein weiteres Beispiel ist der Preiswettbewerb von Arzneimitteln mit gleichen Wirkstoffen im Rahmen von europaweit ausgeschriebenen Rabattverträgen der Krankenkassen.
- Beim **qualitätsbasierten Wettbewerb** stehen die Preise fest, und die Kunden treffen eine Wahl auf Grund von Qualitätsmerkmalen der angebotenen Versorgungsleistungen. Bei der Informationsvermittlung spielt die subjektive Wahrnehmung von Qualität ebenso eine Rolle wie objektivierbare Informationen über Qualitätsstandards. Krankenhäuser z.B. signalisieren ihren Kunden Qualität durch die Reputation und Qualifikation ihres Personals, durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten sowie durch Qualitätszertifikate und Akkreditierungen.
- Obgleich sich unterschiedliche Formen des Qualitätswettbewerbs in vielen Ländern durchgesetzt haben, sind die empirischen Belege, dass hierdurch eine Verbesserung der Ergebnisqualität erzielt wird, nicht eindeutig. Eine Reihe von Studien weisen zwar eine bessere Qualität in Wettbewerbsmärkten für Krankenhäuser und Ärzt*inpraxen nach; sie zeigen jedoch

auch, dass durch eine infolge des Wettbewerbs stärkere Marktkonzentration wesentliche Outcomes nicht oder negativ beeinflusst werden (Gaynor et al 2012, Siciliani et al. 2017).



Frageimpuls 1.2

Finden Sie jeweils ein weiteres **Beispiel** für den *Qualitäts- und Preiswettbewerb*.

6.4 Substitution als Reformprinzip

Viele gesundheitspolitische Reformstrategien der letzten Jahre zielen darauf ab, bestehende Institutionstypen und verwendete Technologien durch wirksamere und effizientere zu ersetzen. Als Beispiel seien **stationersetzende Leistungen** genannt, die nicht nur kostenwirksam sind, sondern auch zu einer humaneren Krankenversorgung beitragen. Die Substitution von Ressourcen ist ein ständiger Prozess, der sowohl durch den Wettbewerb als auch durch gesundheitspolitische Eingriffe gesteuert wird. Gesundheitspolitische Substitutionsstrategien können auf **Institutionen, Technologien und Personal** angewendet werden (Saltman und Figueras 1997):

Institutionstypen und Ort der Intervention: Ein wesentlicher Versorgungsgrundsatz lautet „ambulant geht vor stationär“. Das Ziel ist also beispielsweise Krankenhauspflege durch effizientere Formen der Behandlung zu ersetzen. Von Krankenhäusern erbrachte Leistungen werden in den ambulanten Bereich und in die häusliche oder institutionelle Pflege verlagert.

Unter dem Stichwort ‚*hospital at home*‘ werden Eingriffe und Prozeduren zusammengefasst, die ohne Gefahr für die Sicherheit und das Wohlergehen der Patient*innen in der häuslichen Umgebung durchgeführt werden können. Beispielsweise können dauerbeatmete Patient*innen heute zu Hause oder in spezialisierten Pflegeeinrichtungen betreut werden. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit der medizinischen Dienste mit häuslicher Pflege und therapeutischen Angeboten voraus (Marsteller et al. 2009).

Ähnliche Entwicklungen lassen sich für die Substitution von stationären Diensten durch ambulante oder mobile Angebote in der [Rehabilitation, Palliativversorgung](#) und Pflege beobachten.

In der Chirurgie hat der Anteil ambulanter Operationen aufgrund des Einsatzes mikroinvasiver Verfahren erheblich zugenommen. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 75 % aller planbaren Eingriffe ambulant durchgeführt werden können. Die Politik versucht durch finanzielle Anreize und organisatorische Maßnahmen Voraussetzungen für eine bessere Nutzung des ambulanten Potenzials in den chirurgischen Fächern zu schaffen mit dem Ziel, Krankenhäuser zu entlasten und Kosten zu sparen.

In den letzten Jahrzehnten war eines der größten Substitutionsprojekte die Enthospitalisierung von psychisch Kranken. Während in England und in Italien seit den 1970er Jahren gemeindenahе Betreuungseinrichtungen geschaffen wurden, setzte diese Bewegung in Deutschland erst wesentlich später ein.

Technologien: Der Technologieeinsatz wird zunehmend durch wissenschaftliche Verfahren bewertet. **Technische Assistenzsysteme** werden im Rahmen von Substitutionsstrategien eingesetzt, um den Bedarf an persönlich erbrachten Dienstleistungen zu verringern und damit Kosten zu reduzieren. Beispielsweise werden apparative Trainingssysteme, wie Laufbänder, zunehmend in der Rehabilitation nach Hüftgelenkersatz anstelle oder ergänzend zur Standardphysiotherapie eingesetzt. Zunehmend werden technologiebasierte Hilfen auch in der Pflege und der Betreuung von Menschen mit Behinderungen eingesetzt. Notrufsysteme sind beispielsweise weit verbreitet und können zu einer Entlastung von Pflegepersonal und Angehörigen beitragen. Die Wirksamkeit, Sicherheit, Unbedenklichkeit und gleichbleibende Qualität der Produkte sind wichtige Voraussetzungen für deren Akzeptanz.

Diese Kriterien sind jedoch nicht allein erfolgsentscheidend. Technische Systeme für ein selbstbestimmtes Wohnen, sind beispielsweise dann besonders geeignet die persönliche Autonomie zu fördern, wenn sie, über den Technikeinsatz hinaus, mit Maßnahmen zur Barrierefreiheit kombiniert werden und weitere Dienstleistungen und Angebote sozialer Netzwerke einbeziehen (Reichenbach 2012). Es ist auch wichtig, dass der Einsatz technischer Systeme, die persönliche Dienstleistungen ersetzen sollen, mit den Wertvorstellungen der Menschen vereinbar sind und dass deren Gebrauch die Würde der Nutzer*innen nicht beeinträchtigt.

Weitgehend akzeptierte und zunehmend eingesetzte Pionier-Technologien, sind die **Telemedizin und die Telematik**. Durch **Telemedizin** wird es möglich, medizinische Daten über große Entfernungen auszutauschen. Dies ermöglicht Anwendungen im Bereich von Wissensvermittlung, Diagnostik, Monitoring und Therapie. Anwendungsgebiete sind vor allem das Monitoring bei chronischen Erkrankungen, z.B. bei Herzinsuffizienz, Atemwegserkrankungen, Diabetes Mellitus und psychischen Erkrankungen. Telemedizinische Netzwerke arbeiten auch erfolgreich in der präklinischen Notfallversorgung. Bereits seit 2002 werden telemedizinische Expertenberatungen bei akuten Schlaganfällen durchgeführt, wenn eine Stroke-Unit nicht sofort erreichbar ist. Informationen über bestehende und geplante Telemedizin-Projekte werden vom Deutschen Telemedizin-Portal (DTP 2017) zur Verfügung gestellt.

Trotz einer großen Zahl von positiven Evaluationsstudien besteht bei bestimmten Anwendungen und Zielgruppen weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Wirksamkeit, Kosteneffektivität und Akzeptanz der Telemedizin (Eckland et al 2010, Schenkel 2017).



Unter **Telematik** wird allgemein die Verwendung von modernen Informations- und Kommunikationssystemen verstanden. Im Gesundheitswesen sind vor allem die elektronische Patient*innenakte sowie internetbasierte Anwendungen in den Bereichen E-Business, E-Health und E-Learning von Bedeutung. Der Einsatz dieser Technologien trägt zu einer Stärkung der Patient*innensouveränität bei, sichert die Wettbewerbsfähigkeit von Anbietern, vernetzt Leistungserbringer*innen durch sektorübergreifenden Zugang zu Stammdaten und elektronische Entlassbriefe und verbessert die Transparenz der Kosten- und Leistungsströme.

Gesetzliche Grundlage ist das e-Health Gesetz vom 3.12.2015, das die Akteur*innen im Gesundheitssystem bei der Weiterentwicklung der IT-Infrastruktur unterstützen soll. Während in Deutschland IT-Systeme überwiegend für administrative Zwecke wie Terminvereinbarung und Abrechnung genutzt werden, ist die Telematikinfrastruktur in anderen Ländern deutlich weiterentwickelt und wird wesentlich häufiger auch für Morbiditätsregister, Public-Health-Analysen oder das Management der Ergebnisqualität eingesetzt (Accenture 2012). Die Durchführung von Großprojekten stößt auf besondere Schwierig-

keiten. In Deutschland bestehen hinsichtlich der Entwicklung und des Einsatzes der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) noch erhebliche Akzeptanzprobleme, vor allem wegen ungelöster Finanzierungsfragen und datenschutzrechtlicher Probleme, so dass die Karte bislang im Wesentlichen nur für Notfalldaten und Medikationspläne genutzt wird (Müller-Mielitz und Lux 2017).

Personalstruktur: In vielen Ländern sind Ärzt*innen knapp, und es wird nach Wegen gesucht, ärztliche Funktionen auf andere Berufsgruppen zu übertragen. Ein Beispiel sind **Advanced Practice Nurses** oder **Nurse Practitioners**, die unter anderem in Großbritannien, Kanada, USA, Neuseeland und Australien eingesetzt werden, und die eigenverantwortlich Untersuchungen und medizinische Eingriffe durchführen sowie Verordnungen vornehmen.

Evaluationsstudien zeigen, dass im Vergleich zu Hausärzt*innen keine wesentlichen Unterschiede in der Versorgungsqualität bestehen (Laurant et al 2005, Newhouse et al 2011). Ob die Substitution kosteneffektiv ist, hängt von einer Reihe weiterer Faktoren ab, zum Beispiel von der Inanspruchnahme des Angebotes, dem Umfang der veranlassten Leistungen, der Bezahlung der Advanced Practice Nurses und der Ausstattung mit weiterem Personal im Pflegebereich (Goryakin et al 2010).

Ähnliche Ergebnisse liegen für die in Deutschland durchgeführten Modellprojekte der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf entsprechend qualifiziertes Fachpersonal vor. Bei diesen Vorhaben, die bislang nicht in die Regelversorgung übertragen wurden, handelt es sich jedoch um eine **Delegation ärztlicher Leistungen**, bei der der Ärzt*in/die Ärztin nach § 28 SGB V die Letztverantwortung behält, also nicht um eine selbständige Ausübung der Heilkunde. Beispielsweise wurden in Regionen mit Ärzt*innenmangel sechs unterschiedliche Modellprojekte durchgeführt, bei denen ärztliche Leistungen durch speziell fortgebildete und telemedizinisch unterstützte medizinische Fachangestellte oder Pflegepersonen erbracht werden (Dreier et al. 2012, Mergenthal et al. 2016).

In Modellprojekten zur Versorgung von Patient*innen mit Diabetes mellitus konnte gezeigt werden, dass die Delegation ärztlicher Aufgaben nicht nur Kosten senkt, sondern auch Patient*innenrelevante Outcomes verbessert.

Dies manifestiert sich in einer größeren Patient*innenzufriedenheit, einem verbessertem Krankheitsverständnis und verbesserten Laborparametern, insbesondere in einer Senkung des HbA1c-Wertes (Geelfink et al. 2017). Ein weiteres Beispiel ist der jetzt auch in Deutschland eingeführte akademische Gesundheitsberuf des Physician Assistant (PA). PAs führen Untersuchungen und Befundungen, verfassen Ärzt*inbriefe und wirken bei weiteren ärztlichen Aufgaben mit (Korzilius 2017).

Gleichzeitig finden in erheblichem Umfang auch Substitutionsvorgänge bei den nichtärztlichen Berufsgruppen statt, die diese von einfachen Aufgaben entlasten sollen. Vor allem im Krankenhaus wurden zahlreiche Aufgaben, die zuvor von qualifiziertem Pflegepersonal wahrgenommen wurden, auf Service- und Pflegehilfskräfte übertragen (Bräutigam et al. 2014). Generelles Ziel der diskutierten Strategien ist, die Versorgungskapazität durch wirtschaftlichen Einsatz vorhandener Mittel zu erhöhen.

Dabei geht es in erster Linie darum, eine für die jeweilige Aufgabe optimierte, kostengünstige Personalstruktur mit dem richtigen Mix an Fähigkeiten, Kompetenzen und Qualifikationen bereitzustellen.

Eine Ausnahme vom Ärzt*invorbehalt stellt die selbständige Ausübung der Heilkunde durch qualifizierte Pflegepersonen im Rahmen von Modellvorhaben nach §63 Abs.3c SGB V dar. Beispiele sind spezifische Infusionstherapien, Wund- oder Schmerztherapien, die eigenverantwortlich durch entsprechend qualifizierte Pflegepersonen, nach ärztlicher Diagnose- und Indikationsstellung, erbracht werden können. Den besonderen Ausbildungserfordernissen für die zu übertragenden Aufgaben wurde im Pflegeberufegesetz vom 7.7.17 Rechnung getragen. Die Umsetzung dieser vom Gesetzgeber gewünschten Projekte durch die Selbstverwaltung verläuft jedoch schleppend, so dass bislang keine Ergebnisse vorliegen (Hartweg et al. 2017).

Von diesen Substitutionsvorgängen sind reine Sparmaßnahmen, zu unterscheiden, welche die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen nicht berühren. Häufig verwendet wird das Outsourcing, bei dem Unternehmensaufgaben, wie Catering, Reinigung, Labor und Apotheke von externen Dienstleistern wahrgenommen werden.

Ein Beispiel aus den therapeutischen Berufen ist die Gründung von Tochterfirmen an Kliniken, um bestehende Tarifverträge zu umgehen und Neuanstellungen mit geringerem Lohn für gleiche Arbeit zu ermöglichen.

Frageimpuls 1.3

Finden Sie jeweils ein *Beispiel* der Substitution von Institutionstypen, Technologien und Personal aus ihrer beruflichen Praxis

Frageimpuls 1.4

Finden Sie jeweils ein Beispiel der Substitution von Institutionstypen, Technologien und Personal aus ihrer beruflichen Praxis.



(A1) Aufgabe zur Vertiefung

Überlegen Sie sich mögliche *Anwendungsbereiche von Outcome-Messungen* in Bezug auf Ihr Berufsfeld.



(5) e-tivity

Recherchieren Sie Maßnahmen der Qualitätssicherung oder eine Leitlinie für einen Therapie- oder Pflegebereich, in dem Sie arbeiten. Diskutieren Sie dabei auch Schwachstellen und Verbesserungspotenziale.



Das Verständnis der Strukturen und Funktionsweisen des Gesundheitssystems setzt Kenntnisse der politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse voraus, die untrennbar mit Ausübung von Macht, Einfluss und Interessenwahrnehmung verbunden sind. Zum einen soll in diesem Kapitel deutlich werden, dass Gesundheitspolitik nicht auf die Aktivitäten des Gesundheitsministeriums beschränkt ist, sondern zahlreiche Akteur*innen mit widerstreitenden Interessen an der Gestaltung der politischen Prozesse beteiligt sind. Zum anderen beschäftigt sich Gesundheitspolitik keineswegs nur mit Fragen der Patient*innenversorgung. Vielmehr geht es allgemein um die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeits- und Lebensverhältnisse und damit um alle unmittelbar zurechenbaren Wirkungen einer Politik, die zum Ziel hat, Gesundheit zu fördern. Es wäre jedoch nicht hilfreich, den Begriff der Gesundheitspolitik zu weit zu fassen. Zwar haben andere Politikfelder, wie Wirtschafts- und Bildungspolitik oftmals stärkere Auswirkungen auf die Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung, doch werden diese mittelbaren Auswirkungen

auf die Gesundheit nicht als Folge von Gesundheitspolitik im engeren Sinne bezeichnet.

6.5 Grundelemente der Politikfeldanalyse



Politisches Handeln bezieht sich auf den Prozess der Willensbildung und Entscheidungsfindung; und unterscheidet sich von anderen gesellschaftlichen Aktivitätsfeldern, wie Wirtschaft oder Kultur, weil es in Verbindung mit dem staatlichen Gewaltmonopol die **Allgemeinverbindlichkeit von Entscheidungen** gewährleisten kann. Somit dient staatliche Gesundheitspolitik auch zur Herstellung eines rechtlichen Ordnungsgefüges, das Regeln für die beteiligten Akteur*innen schafft, und das dazu beiträgt, gesundheitspolitische Aufgaben und Probleme, entweder im Konsens oder im Konflikt mit den beteiligten Interessengruppen, verbindlich zu lösen.

Die Ergebnisse des politischen Prozesses hängen von den beteiligten Personen und Institutionen, der Wahl der Mittel, den Machtverhältnissen und zahlreichen weiteren Einflussfaktoren ab, die im Rahmen der Politikfeldanalyse näher bestimmt und untersucht werden. Einige der zentralen Konzepte werden im Folgenden kurz dargestellt.

Akteur*innen: In der gesundheitspolitischen Arena agiert eine große Zahl von Individuen, Gruppen oder Institutionen, die als Akteur*innen bezeichnet werden. Gesundheitspolitische Akteur*innen sind also keineswegs nur gewählte Politiker*innen oder Parteifunktionär*innen, sondern auch z.B. Patient*innenverbände, Wirtschaftsvertreter, Verbandsfunktionäre und andere Interessengruppen.

Prozesse: Bei der Analyse von Politikprozessen können verschiedene Phasen unterschieden werden:



- **Problemidentifikation**
(Wie kommt ein politisches Problem auf die Tagesordnung?)
- **Politikformulierung**
(Welche politischen Ziele und Maßnahmen werden festgelegt?)
- **Verwirklichung der Inhalte**
(Wie wird die neue Politik umgesetzt?)

- **Evaluation**
- (Welche Ergebnisse und Folgen haben die getroffenen Maßnahmen?)

Kontext: Unter Kontext werden interne und externe Einflussfaktoren verstanden, die den politischen Prozess bestimmen. Dazu gehören z.B. die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Einbindung in internationale Organisationen. Nicht zuletzt wird das Verhalten der Akteur*innen auch durch kulturelle Traditionen, Ideologien und Wertesysteme bestimmt.

Die Gesamtheit des politischen, administrativen und sozialen Ordnungsgefüges und die Gesetze und Regeln, die das Handeln der beteiligten Akteur*innen koordinieren oder steuern, wird als **Governance** bezeichnet. Der Begriff *Governance* hat sich in den letzten Jahren durchgesetzt und wird auf viele Bereiche angewandt.

Corporate Governance bezeichnet z.B. die rechtliche und tatsächliche Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten innerhalb eines Unternehmens, z.B. die Beziehungen zwischen Gesellschaftern eines Krankenhauses, Aufsichtsrat, Geschäftsführung, Betriebsrat und Abteilungen.



Empfohlen zur Vertiefung:

[Corporate Governance im Gesundheitswesen – Theorie und Praxis](#)

Angewandt auf die Gesundheitspolitik im Allgemeinen bedeutet Governance, die im Gesundheitssektor angewandten Strukturen, Regeln und Steuerungsformen, die das Verhalten der öffentlichen (Regierung, Regulierungsbehörden), halböffentlichen (Körperschaften der Selbstverwaltung, Kammern, Verbände) und privaten Akteur*innen (Unternehmen) bestimmen. Dazu gehören nicht nur Gesetze und Verordnungen, sondern auch Regulationsmechanismen durch Anreizsysteme und interne Leit- und Richtlinien. Governance bezeichnet also die Spielregeln des Systems, die den Akteur*innen entweder von außen oder durch Selbstverpflichtung auferlegt sind.

**Empfohlen zur Vertiefung:**

[Governance im Gesundheitswesen](#)

6.5.1 Akteure der Gesundheitspolitik

Sowohl auf nationaler wie auf internationaler gesundheitspolitischer Ebene sind Regierungen und Institutionen nur eine Akteursgruppe unter vielen. In der gesundheitspolitischen Arena spielen private Unternehmen, Verbände, Berufsvertretungen, Gewerkschaften, Patient*innenorganisationen, Parteien und soziale Bewegungen eine wichtige Rolle. Alle Akteur*innen nehmen dabei jeweils ihre besonderen Interessen wahr, die mit der Gesundheit der Bevölkerung nicht unbedingt etwas zu tun haben müssen, und sie haben oft einen größeren Einfluss auf die Gestaltung der Gesundheitspolitik als die Regierung selbst.

Eine ausschließliche Betrachtung von staatlichen Akteur*innen verkennt also, dass politische Ergebnisse im Konflikt oder Konsens mit zahlreichen beteiligten Gruppen und Individuen zustande kommen.

6.5.2 Staatliche Akteur*innen

Auf der staatlichen Ebene wird der politische Gestaltungsspielraum durch das Prinzip der **Gewaltenteilung** zwischen Exekutive, Judikative und Legislative bestimmt. Ein genereller Trend, der sich auch in der Gesundheitspolitik zeigt, ist die wachsende Macht der Exekutive gegenüber der Legislative.

Entscheidungen können in unterschiedlichen Politikarenen behandelt werden: zum Beispiel in Verhandlungen innerhalb des Kabinetts, des Koalitionsausschusses, zwischen Regierung und Mehrheitsfraktionen des Parlaments, Regierungsfraktion und Opposition oder zwischen der Regierung und der zweiten Kammer des Parlaments, in regionalen Gebietskörperschaften oder auf Ebene der Selbstverwaltung. Das [Bundesgesundheitsministerium \(BMG\)](#) ist an diesen Prozessen verantwortlich beteiligt und nimmt wesentlichen Einfluss auf der Gestaltung der rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Sein Einfluss auf die unmittelbare Durchführung der Versorgungsaufgaben ist,

bedingt durch die föderalen Strukturen und die starke Stellung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, begrenzt.

Zu den wichtigen Aufgaben der **Legislative** gehören die Gesetzgebung und die Kontrolle der Regierung. Es ist allerdings festzustellen, dass der tatsächliche Einfluss der Abgeordneten auf die Regierungspolitik in den letzten Jahrzehnten geringer geworden ist.

Diese Entwicklung ist auch in der Gesundheitspolitik zu verzeichnen, die zunehmend durch komplexer werdende Sachverhalte bestimmt wird. Gründe für den relativen Machtverlust des Parlaments sind:



- ein hohes Eigengewicht der Ministerialbürokratie, deren Gesetzesentwürfe nur selten vom Parlament abgelehnt werden
- die Kompromissbildung zwischen den beteiligten Parteien im Vorfeld parlamentarischer Entscheidungen und die frühzeitige Einbindung von Interessenverbänden
- die fehlende Kompetenz der Parlamentarier bei komplexen Sachverhalten
- die zunehmend wichtiger werdende Rolle von Beraterstäben und Medien im Vorfeld von Entscheidungen
- die zunehmende Einbindung in internationale Organisationen (z. B. der EU), die unmittelbaren Einfluss auf die Gestaltung von Politik und Gesetzgebung ausüben

Nicht nur in Bezug auf die Legislative, sondern ganz allgemein ist zu registrieren, dass die **Ministerialbürokratie** eine wachsende Rolle im politischen Prozess spielt. Dies hat zur Folge, dass Politiker*innen auf Expertenwissen der Verwaltung angewiesen sind.

Die Aktivitäten der Exekutive und Legislative auf ihre können durch das [Bundesverfassungsgericht](#) als oberstes Organ der Judikative auf ihre Rechtmäßigkeit überprüft werden.

6.5.3 Staatliche Aufgaben und Institutionen im Gesundheitswesen

Die zentralen Handlungsfelder der staatlichen Gesundheitspolitik liegen vor allem in der Prävention. Im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik soll der Staat die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten fördern und gesundheitsbezogene Aktivitäten in den Gemeinden stärken. Er soll die Neuorientierung der Gesundheitsdienste hin zu präventionsorientierten Angeboten fördern und die Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen unterstützen (WHO 1986).

Zu den unmittelbar staatlichen Aufgaben der Primärprävention gehört der Gesundheitsschutz, also die Abwehr und Vorsorge von Gesundheitsgefahren, die aus Belastungen der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen erwachsen. Diese Maßnahmen der Verhältnisprävention liegen ausschließlich im Verantwortungsbereich staatlicher Akteur*innen. Die getroffenen Regeln, Grenzwerte und Verbote sind oft das Ergebnis eines Interessenausgleichs.

Die Aufgaben des **Öffentlichen Gesundheitsdienstes** sind auf Bund, Länder und Gemeinden verteilt.



- Die wichtigste Institution des Bundes für Krankheitsüberwachung und – Prävention ist das [Robert-Koch-Institut \(RKI\)](#). Es ist in hohem Maße forschungsorientiert und informiert als zentrales Melde- und Frühwarnsystem sowohl die Fachleute als auch die Öffentlichkeit. Das RKI ist auch für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes verantwortlich (Egger und Razum 2014).

Weitere wichtige Bundesbehörden sind u.a. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ([BZgA](#)) mit Informationsangeboten zur Verhaltensprävention und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ([BfArM](#)), das für die Zulassung und Risikoüberwachung dieser Produkte zuständig ist.

- Die **oberen Gesundheitsbehörden der Länder** führen unterschiedliche Bezeichnungen (z.B. [Landesgesundheitsamt](#), Landesamt für gesundheit-

liche und soziale Aufgaben, Landeszentrum Gesundheit) und sind für regionale Aufgaben der Epidemiologie, der Gesundheitsberichterstattung, sowie der Prävention und Gesundheitsförderung zuständig.

- Die Gesundheitsämter nehmen als untere Gesundheitsbehörden auf Gemeindeebene vielfältige Aufgaben wahr. Neben der lokalen Gesundheitsberichterstattung, der Kontrolle von Infektionskrankheiten und amtsärztlichen Begutachtungen, beraten und betreuen sie auch Klienten in schwierigen gesundheitlichen Lagen (z.B. sozialpsychiatrische Dienste) und spielen eine zunehmende Rolle in der Gesundheitsförderung. Negativ wirkt sich aus, dass der ÖGD in der Bevölkerung vor allem als Überwachungs- und Kontrollbehörde gesehen wird (Kuhn und Bolte 2016). Die Wahrnehmung neuer Aufgaben ist auch durch die unzureichende finanzielle Ausstattung und den damit verbundenen Mangel an qualifiziertem Personal, erschwert.

Frageimpuls 1.5

Informieren Sie sich über das Angebot des **ÖGD** an Ihrem Wohnort. Überlegen Sie, in welchen Bereichen Sie Kooperationsmöglichkeiten sehen.

6.5.4 Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

Die gesundheitspolitischen Vorgaben werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzt*innen und Krankenkassen eigenverantwortlich umgesetzt. Die Organisationen der Selbstverwaltung haben als Körperschaften öffentlichen Rechts eine eigene Rechtspersönlichkeit und nehmen die ihnen übertragenen Aufgaben zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eigenständig wahr. Die Regierung behält sich mit unterschiedlichen Instrumenten wie Genehmigungsvorbehalten, Beanstandungsrechten oder Ersatzvornahmen, ein Recht auf Letztentscheidung vor. Diese Form der Delegation staatlicher Aufgaben auf professionelle Organisationen wird auch als Korporatismus bezeichnet.

Hierunter wird die Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen und Verbänden an politischen Entscheidungsprozessen, die aus staatlicher Sicht dem Zweck einer stärkeren Einbindung von Gruppeninteressen und damit der Herstellung einer größeren Verbindlichkeit getroffener Entscheidungen dient (Jessop 1979).

Die Gremien der Selbstverwaltungen sind nach demokratischen Grundsätzen aufgebaut und hierarchisch gegliedert.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wählen die Versicherten die Vertreterversammlungen, die gewichtet nach Kassenarten und Versichertenanteilen den [Spitzenverband der GKV](#) bilden. Die in der ambulanten Versorgung tätigen Vertragsärzt*innen wählen die Vertreterversammlungen der 17 kassenärztlichen Vereinigungen (KV), aus deren Vorständen und weiteren gewählten Mitgliedern die [Kassenärztliche Bundesvereinigung \(KBV\)](#) gebildet wird. Die zahnärztlichen Organisationen sind analog aufgebaut, mit der kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) als Spitzenverband.

Auf regionaler Ebene bilden die KVen mit den Krankenkassen gemeinsame Ausschüsse, die u.a. Entscheidungen über die Zulassungsfragen und die Vergütung ärztlicher Leistungen treffen. Die [Deutsche Krankenhausgesellschaft \(DKG\)](#) ist der Zusammenschluss der 16 Landeskrankhausgesellschaften und der Spitzenverbände von 28 Krankenhausträgern.

Das oberste Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung ist [der gemeinsame Bundesausschuss \(GBA\)](#), der in unterschiedlicher Zusammensetzung über Angelegenheiten der Vertragsärzt*innen, d.h. der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen und zahnärztlichen Versorgung und, unter Beteiligung der DKG, über die stationäre Behandlung entscheiden (GBA 2017).



(V2) Video

Schauen Sie sich zur Vertiefung bitte [dieses Video](#) vom GBA an.

Das Gremium hat 13 Mitglieder, bestehend aus drei unparteiischen Vertretern (einschließlich Vorsitz), fünf Vertreter*innen der GKV und 5 Vertreterinnen der Leistungserbringer*innen (2 Vertreter*innen der DKG, 2 Vertreter der KVB, 1 Vertreter*in der KZV) sowie, mit beratender Stimme, bis zu 5 Patient*innenvertreter. Diese haben nur ein Mitwirkungs- aber kein Entscheidungsrecht. Die

Entscheidungen des GBA werden in neun Unterausschüssen, die in unterschiedlicher Zusammensetzung tagen, vorbereitet. Der GBA erlässt Richtlinien und fasst Beschlüsse u.a. zu folgenden Themen:



- Er konkretisiert den **Leistungskatalog der GKV**, d.h. er entscheidet, welche Leistungen zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen (GBA 2013). Im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ werden beispielsweise die Leistungen der ambulanten Pflege und der therapeutischen Berufe beraten. Die dann beschlossene Richtlinie beschreibt rechtsverbindlich, welche Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ordnungsfähig sind. In der Heilmittelrichtlinie ist festgelegt, welche Behandlungen von Physio-, Ergotherapeut*innen und Logopäden erbracht werden dürfen. Die Entscheidung, ob eine Therapie zu Lasten der GKV finanziert werden soll, wird also nicht vom BMG, sondern im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung vom GBA getroffen.
- Der GBA verabschiedet rechtsverbindliche Richtlinien zur verpflichtenden **Qualitätssicherung** der Leistungserbringer*innen. Dazu gehören beispielsweise Richtlinien zu Anforderungen an ein internes und externes Qualitätsmanagement, zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung sowie Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität medizinischer Behandlungen.
- Der GBA fasst außerdem zahlreiche qualitätsrelevante Beschlüsse, u.a. zu Nachweisen über die Fortbildungspflichten von Ärztinnen und Ärzt*innen, Mindestmengenregelungen für stationäre Eingriffe und Behandlungen, Inhalt und Format des strukturierten Qualitätsberichts der Krankenhäuser.
- Der GBA fördert **neue Versorgungsformen** und Projekte zur Versorgungsforschung mit dem Ziel die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der GKV zu verbessern. Die finanziellen Mittel für diese Vorhaben werden von den Krankenkassen aufgebracht und durch das Bundesversicherungsamt in einem **Innovationsfonds** verwaltet, Der Innovationsausschuss des GBA entscheidet über Projektanträge und damit über die Verwendung der Mittel (§92a und §92b SGB V).



6.5.5 Interessengruppen

Interessengruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Personen, die ein politisches Ziel verfolgen und politische Prozesse beeinflussen, ohne selbst formale Funktionen in Regierung und Verwaltung zu übernehmen.

Generell kann zwischen Interessengruppen unterschieden werden, die sich entweder für ein bestimmtes **Anliegen** oder für **die politischen und wirtschaftlichen Belange** ihrer Mitglieder einsetzen: Zu den erstgenannten gehören Gruppen und Verbände, die sich zum Beispiel für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung bei bestimmten Krankheiten wie rheumatoide Arthritis, Morbus Parkinson, AIDS oder Diabetes Mellitus einsetzen. Zu den letzteren gehören **Berufs- und Industrieverbände**, die als Lobbyisten Einfluss auf die politischen Entscheidungsprozesse zu nehmen versuchen.

Eine einfache Unterscheidung kann zwischen **Insider und Outsidergruppen** getroffen werden. Die Legitimität von Outsidergruppen wird von der Regierung als gering angesehen, und diese müssen zu phantasievoller Aktion greifen um auf sich aufmerksam zu machen.

Viele Outsidergruppen haben sich zu Insidergruppen entwickelt und haben Einfluss auf die Entscheidungsprozesse genommen. Beispielhaft sei hierfür die AIDS-Hilfe genannt, die als Betroffenenorganisation zunächst kaum Gehör in der Gesundheitspolitik fand und erst mit der veränderten öffentlichen Wahrnehmung von HIV/AIDS, von der Regierung angehört und in Entscheidungsprozesse einbezogen wurde.

Seit den 1980er Jahren ist in vielen westlichen Industrieländern ein Wandel zu beobachten, der **sozialen Bewegungen** und ihren Interessengruppen größeren Einfluss auf die Gesundheitspolitik verschafft hat. Zu nennen sind zum Beispiel die Umweltbewegung, die Selbsthilfebewegung, die Behindertenbewegung, die Frauenbewegung sowie die Lesben- und Schwulenbewegung, die als kollektive Akteur*innen den gesellschaftlichen Wandel auch in vielen Bereichen des Gesundheitswesens beeinflusst und beschleunigt haben. Demgegenüber haben berufsbezogene Organisationen und Gewerkschaften an Einfluss verloren (Walt 1994).

Frageimpuls 1.6

Welche Selbsthilfegruppen kennen Sie, mit welcher hatten Sie eventuell schon Kontakt?

Welche gesundheitsbezogenen Inhalte oder Aktivitäten können den genannten sozialen Bewegungen zugeordnet werden?

Zu den professionellen Interessengruppen gehören auch **korporatistische Organisationen**, die sowohl staatliche Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung als auch eigene berufliche Interessen ihrer Mitglieder wahrnehmen. Korporatistische Verbände unterscheiden sich von pluralistischen Formen der Interessenvertretung, durch eine Reihe von Kriterien: Ihre Funktionen und Aufgaben sind in der Regel durch Gesetze und Verordnungen definiert, es besteht eine Zwangsmitgliedschaft, sie verfügen über eine hierarchisch aufgebaute Organisation und genießen staatliche Anerkennung. Hieraus leitet sich ein Repräsentationsmonopol für die vertretene Gruppe ab. Beispiele sind die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Kammern der Heilberufe (Ärzt*innen, ZahnÄrzt*innen, Apotheker, Psychotherapeut*innen, neuerdings in drei Bundesländern auch Pflegekammern).

Die Kammern der Gesundheitsberufe sind Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Sie sind **Körperschaften öffentlichen Rechts**, denen im Rahmen der Kammergesetze der Länder hoheitliche Aufgaben übertragen wurden.

Die gesetzlichen Aufgaben der Kammern und die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder werden in entsprechenden Regelwerken, wie beispielsweise der Satzung, der Berufsordnung, der Beitragsordnung oder der Weiterbildungsordnung konkretisiert und rechtsverbindlich festgelegt. Alle Kammerangehörigen sind Pflichtmitglieder, es besteht also nicht die Möglichkeit ein- oder auszutreten, sondern vielmehr die gesetzliche Verpflichtung sich nach Abschluss der Berufsausbildung oder nach Umzug bei der Kammer registrieren zu lassen. Die Mitglieder wählen eine Delegierten- oder Vertreterversammlung, die ihrerseits den Vorstand sowie die Mitglieder der Arbeitsausschüsse wählt.

Zu den gesetzlichen Aufgaben gehören unter anderem die Führung des Berufsverzeichnisses, die Berufsaufsicht, die Fort- und Weiterbildung einschließlich Prüfungen und Fachkundenachweisen, Stellungnahmen der Ethikkommission, die Bestellung von Gutachtern und Sachverständigen, sowie übertragene Aufgaben der Ausbildung, z. B. von medizinischen Fachangestellten und der Qualitätssicherung. Die Kammern der freien Berufe haben außerdem jeweils eigene Versorgungswerke, Ihre Mitglieder sind von der Pflichtmitgliedschaft in der Deutschen Rentenversicherung befreit. Die Kammern können berufs- und gesundheitspolitische Aufgaben mit Außenwirkung wahrnehmen und sich auf Bundesebene zu Arbeitsgemeinschaften zusammenschließen. Zum Beispiel vertritt die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern, die Ärzt*innenschaft auf der Bundesebene und international durch Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Vorhaben und zu ethischen Fragen.

Erste Erfolge mit der **Errichtung von Pflegekammern** wurden in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen erzielt. Ein wichtiges Argument für die Verkammerung der Pflegeberufe ist, dass die Pflegenden als größte Berufsgruppe im Gesundheitssystem, trotz stetig steigender Belastung, kaum Einfluss auf die politischen Entscheidungen über die Berufsausübung, die Ressourcenverteilung und die Qualität der Pflege haben, da diese weitgehend durch berufsfremde Interessen von Ärzt*innen, Kostenträgern und Pflegeunternehmen fremdbestimmt werden. Gleichwohl wird die Selbstverwaltung der Pflege kontrovers diskutiert.

Das Beispiel Hamburg zeigt, dass sich nicht immer eine Mehrheit der Pflegenden für die Verkammerung ausspricht. Besonders strittig ist die Zwangsmitgliedschaft sowie der mit der Ausübung der Kammeraufgaben verbundene Verwaltungsaufwand, der von Mitgliedern über Beiträge und Gebühren zu finanzieren ist. Widerstand gegen Pflegekammern zeigt sich auch bei Gewerkschaften und in einzelnen Parteien und Landesparlamenten. Auch in den Verbänden der therapeutischen Berufe werden die Vor- und Nachteile einer Errichtung von Berufskammern kontrovers diskutiert. Bei allen möglichen Vorteilen einer Selbstverwaltung, befürchten vor allem die kleineren Berufsverbände eine Zersplitterung der bundesweiten Interessenvertretung, wenn bestimmte Aufgaben durch 16 Landeskammern wahrgenommen werden (Oldenburg 2016).

**(A2) Aufgabe zur Vertiefung**

Recherchieren Sie den *Diskussionsstand* über die Errichtung von Pflegekammern in den einzelnen Bundesländern.

Pluralistische Verbände basieren hingegen auf freiwilliger Mitgliedschaft, können über Art und Umfang der wahrgenommenen Aufgaben frei entscheiden und genießen keine staatliche Bevorzugung und kein Repräsentationsmonopol. Beispiele sind die **Berufsverbände** von ärztlichen, pflegenden und therapeutischen Berufen sowie die im Gesundheitssystem vertretenen **Gewerkschaften** (Bandelow 2004).

Berufsverbände im ärztlichen Bereich sind der Marburger Bund als Vertretung der angestellten und beamteten Ärzt*innen und der Hartmannbund als Vertreter der niedergelassenen Ärzt*innen, sowie Hausärzt*inverbände und Fach-Ärzt*inverbände für das jeweilige medizinische Fachgebiet. Für die therapeutischen Berufe sind u.a. der Deutsche Verband für Physiotherapie, der Berufsverband selbständiger Physiotherapeut*innen, der Verband Physikalische Therapie, der Deutsche Verband der Ergotherapeut*innen, und der Deutsche Verband für Logopädie zu nennen in denen ca. 30% der Berufsangehörigen vertreten sind.

Diese Verbände waren zunächst in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände zusammengefasst, und ab 2014, ohne Beteiligung des Logopäden, im [Spitzenverband der Heilmittelverbände](#). (Berg 2005, Oldenburg 2016).

Diese Organisationen vertreten, jeweils allein oder über ihre Spitzenverbände, die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder, u.a. in Heilmittel-Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen oder bei Anhörungen zu Vorhaben des GBA, der Regierung oder des Parlaments (Oldenburg 2014). Ausgesprochenen Insidercharakter hat auch [der deutsche Pflegerat e.V.](#) Er setzt sich als Dachverband von 16 Pflege- und Hebammenorganisationen für eine einheitliche Darstellung der Positionen der Pflegeverbände gegenüber der Politik ein und koordiniert deren Arbeit.

Aufgabenschwerpunkte liegen in der Qualitätssicherung der Pflege, der professionellen Weiterentwicklung des Pflegeberufs, der Förderung der Pflegewissenschaften und in Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Vorhaben. Zu den Mitgliedsorganisationen gehören unter anderen der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, der Deutsche Pflegeverband, der Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz und die konfessionellen Pflegeverbände. Ebenfalls im Pflegerat organisiert sind Fachverbände für leitende Krankenpflegepersonen, für das Hebammenwesen und die Kinderkrankenpflege.



(A3) Aufgabe

Recherchieren Sie auf der Website des GBA, welche Verbände die Interessen *Ihrer Berufsgruppe* vertreten und zur Abgabe von Stellungnahmen im Rahmen der Erstellung von Richtlinien berechtigt sind.

Welche Gründe könnten den im Unterschied zu Ärzt*innen niedrigen gewerkschaftlichen Organisationsgrad der Pflege- und Therapieberufe erklären?

Die Bildung von **Berufsverbänden und Gewerkschaften** steht unter dem Schutz des in Artikel 9 (3) GG. verankerten **Grundrechtes der Koalitionsfreiheit**. Zu den Aufgaben der Gewerkschaften gehören der Abschluss von Tarifverträgen, welche die Vergütung, die Arbeitszeit und die Arbeitsbedingungen regeln, sowie die Organisation von Arbeitskämpfen, z.B. Streiks, zur Durchsetzung ihrer Forderungen. Sie beraten ihre Mitglieder in arbeitsrechtlichen Fragen und entsenden im Rahmen der betrieblichen Mitbestimmung, gewählte Vertreter in den Aufsichtsrat von Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten. Ihre Mitglieder sind auch häufig in den Betriebsräten (oder im öffentlichen Dienst in den Personalräten) vertreten.

Seit jeher treten die Gewerkschaften auch als sozial- und gesundheitspolitische Akteur*innen in Erscheinung, indem sie die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber der Regierung und dem Parlament vertreten (Jeanrond 2016).



(V3) Video

Schauen Sie sich folgendes Video an: [Was ist eigentlich eine Gewerkschaft?](#)

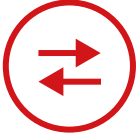
Die größte Gewerkschaft im Gesundheitswesen ist die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Sie ist dem [Deutschen Gewerkschaftsbund](#) (DGB) angeschlossen, dem als Dachverband weitere sieben Industriegewerkschaften angehören.

Die DGB-Gewerkschaften sind offen für alle Arbeitnehmer (Angestellte Arbeiter und Beamte) ihres Organisationsbereichs und vertreten das **Prinzip der Einheitsgewerkschaft**, d.h. sie sind im Unterschied zu Richtungsgewerkschaften, weltanschaulich und politisch neutral. Die Zahl der Mitglieder in den DGB-Gewerkschaften ist seit den 1990er Jahren erheblich zurückgegangen. Der Organisationsgrad, also der Anteil der Gewerkschaftsmitglieder eines Betriebes, ist ebenso wie in anderen Branchen auch im Gesundheitswesen, besonders stark in Klein-, - und Mittelbetrieben, bei Angestellten, bei Frauen und bei jüngeren Arbeitnehmern gesunken (Biebeler und Lesch 2006).

In den letzten Jahrzehnten sind aus etablierten Berufsverbänden, vor allem im ärztlichen Bereich und im Verkehrssektor (Piloten, Lokführer), unabhängige **Berufs- und Spartengewerkschaften** entstanden, die einen hohen Organisationsgrad aufweisen. Der Marburger Bund hat als Berufsvertretung der angestellten und beamteten Ärzt*innen in den Krankenhäusern einen Organisationsgrad von 80% und schließt seit 2006 eigenständig Tarifverträge für Ärzt*innen ab.

Im Jahre 2010 wurde zwar durch die Rechtsprechung ausdrücklich bestätigt, dass ein Betrieb mehrere Tarifverträge anwenden kann, die Regierung hat aber angesichts des Aufstiegs der kleineren Spartengewerkschaften und der damit verbundenen Zahl der Arbeitskämpfe, die Tarifeinheit wiedereingeführt. Laut Tarifeinheitsgesetz vom 10.7.2015 gilt bei mehreren anwendbaren Tarifverträgen nur der Tarifvertrag der Gewerkschaft, die die meisten Mitglieder im Betrieb hat (Lesch 2016).

Diese Regelung wurde vom Bundesverfassungsgericht zwar grundsätzlich bestätigt, aber mit Auflagen für eine Überarbeitung des Gesetzes versehen, die verhindern sollen, dass die Rechte einzelner Berufsgruppen oder Branchen bei der Verdrängung bestehender Tarifverträge einseitig vernachlässigt werden (BvR 2017).



(6) e-tivity

Recherchieren und diskutieren Sie: Welche politischen Ziele verfolgen die Berufsverbände und Gewerkschaften, die *Ihre Berufsgruppe* vertreten?

Überdies ist eine große Zahl von Industrieunternehmen und -verbänden als **Lobbyisten** am Regierungssitz tätig. Sie versuchen entweder direkt oder über die sogenannte ‚interne Lobby‘, d.h. über Abgeordnete, die ihre Interessen vertreten, politische Entscheidungen in ihrem Sinne zu beeinflussen.

Besonders kritisch zu sehen ist die Beschäftigung von Firmenvertretern als externe Mitarbeiter in Ministerien. In Deutschland wurde deren Beteiligung an der Formulierung von Gesetzestexten zwar eingeschränkt. Gleichwohl erhalten Lobbygruppen auf diese Weise einen privilegierten Zugang zu vertraulichen Informationen und können wertvolle Kontakte knüpfen (Lobbycontrol 2012).

6.5.6 Policy-Netzwerke und Think Tanks



Die Interaktion zwischen der Regierung und Interessengruppen vollzieht auch sich in **Policy-Netzwerken oder Policy-Communities**. Darunter versteht man das politische und soziale Kommunikationsgefüge, das sich um ein bestimmtes politisches Thema entwickelt und Partner und Gegner einer politischen Auseinandersetzung zusammenführt. Beispielsweise besteht das Policy-Netzwerk zum Thema Tabak auf europäischer Ebene nicht nur aus den Interessenverbänden der Agrar- und Tabakindustrie, sondern auch aus der Anti-Tabak-Lobby, bestehend aus Verbraucherverbänden, Nichtraucherinitiativen und Gesundheitsexperten.

Policy-Communities sind Teil der Zivilgesellschaft. Ihre Teilnehmer*innen interagieren auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. lokal, national und international) und in unterschiedlichen Settings (Wissenschaft, Verwaltung, Regierung).

Das Verständnis dieser politischen Beziehungsgeflechte der Akteur*innen ist wichtig, um gesundheitspolitische Prozesse untersuchen und beurteilen zu können. (Smith et al 2010).

Eine besonders in den angelsächsischen Ländern häufige Organisationsform der Vernetzung von Politik, Wissenschaft und Medien sind **Think Tanks**. Hierunter versteht man privat oder öffentlich finanzierte Forschungsinstitute, die praxisrelevante Fragen behandeln und auf dem Wege der Politikberatung und der Netzwerkbildung entscheidungsvorbereitende Empfehlungen entwickeln. Deren Mitarbeiter sammeln systematisch Wissen und erarbeiten innovative Ideen, die mit Hilfe der Medien gezielt nach außen getragen werden, um politische Entscheidungen vorzubereiten und zu beeinflussen.

Nach Gellner et al (1994) übernehmen Think Tanks im politischen Prozess die wissenschaftliche Funktion, praxisorientierte und zukunftsweisende Projekte zu entwickeln.

Durch die gezielte Verbreitung von Informationen und Ideen mit Hilfe der Medien, nehmen sie Einfluss auf das Agenda-Setting und politische Entscheidungsprozesse. Dies geschieht zum Beispiel durch Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, durch Bücher, Zeitungsartikel, Fernsehauftritte etc. Sie ermöglichen Kontakte zwischen Politiker*innen, Fachleuten der Verwaltung und Wissenschaftlern durch Tagungen, Kongresse, Seminare und Konferenzen und fördern so die Netzwerkbildung.

Aus dieser Funktionsbeschreibung wird deutlich, dass auch **Hochschulen** oder hochschulnahe Institutionen die Funktionen von Think Tanks ausüben können. Häufig übernehmen auch **staatsnahe und private Stiftungen** derartige Aufgaben. In Deutschland haben die parteinahen Stiftungen wie zum Beispiel die [Friedrich-Ebert-Stiftung](#), die [Konrad-Adenauer-Stiftung](#), die [Hanns-Seidel-Stiftung](#), die [Heinrich-Böll-Stiftung](#), die [Rosa-Luxemburg-Stiftung](#) und die [Friedrich-Naumann-Stiftung](#) die Funktion von Think Tanks.

Private Institutionen, die auch pflege- und therapierrelevante Themen behandeln, sind zum Beispiel die [Bertelsmann-Stiftung](#) oder die gewerkschaftsnahe [Hans-Böckler-Stiftung](#). Think Tanks, die sich dezidiert mit der Zukunft der Gesundheitsberufe auseinandersetzen, sind beispielsweise die [Robert-Bosch-Stiftung](#), oder, mit ingenieurwissenschaftlicher Ausrichtung auf alters- und behindertengerechte Assistenzsysteme, die [Fraunhofer-Gesellschaft](#).

Während die Tätigkeit von **privaten Beraterfirmen** auf Gebieten wie Informationsmanagement, Logistik, Personalberatung, Qualitätsmanagement, Projektmanagement und Sanierungsberatung weitgehend akzeptiert ist, wird die unmittelbare Politikberatung durch private Unternehmen kritisch betrachtet. Ziel einer Regierung ist es indes, ihre Politik so gut wie möglich in der Öffentlichkeit darzustellen. Hierzu werden zunehmend auch moderne Marketingtechniken eingesetzt und Meinungen und Einstellungen der Bevölkerung zu bestimmten Themen eruiert (Demmer und Henkel 2004, Schulte 2014).

Im Rahmen von **Public-Relations (PR)-Management** wird die Kommunikation mit der Öffentlichkeit zielgruppenorientiert geplant organisiert, um Verständnis und Akzeptanz für geplante Vorhaben zu verbessern. PR-Beratung trägt natürlich auch dazu bei, das jeweilige politische Anliegen möglichst positiv darzustellen und die damit verbundene Person der Politikerin/ des Politikers in der Öffentlichkeit zu profilieren (Bernhagen 2016).

6.6 Politik als Prozess

6.6.1 Ist Gesundheitspolitik ein rationaler Prozess?

Die Politik der kleinen Schritte ist kennzeichnend für Entscheidungsprozesse der Gesundheitspolitik, bei denen unterschiedliche Interessen aufeinandertreffen. Sie folgen dem sogenannten inkrementalen **Politikmodell** (Lindblom 1959), das eine Politik beschreibt, deren Ergebnisse durch Verhandlung und Interessenausgleich erzielt werden. Der inkrementale Politikprozess führt zu wechselseitiger Anpassung und Kompromissen, also zu Positionen und Lösungen, die zwar unvollständig, aber akzeptabel sind.

In den letzten 40 Jahren wurden über 100 Gesetze verabschiedet, die sich jeweils mit kleineren Reformen am tagespolitisch Durchsetzbaren orientierten, ohne eine grundlegende Veränderung des Gesundheitssystems zu bewirken. Gesetzesvorhaben werden mittlerweile so geplant, dass sie für spätere Veränderungen offen sind und weitere Reformen nach sich ziehen. Die **„lernende**

Gesetzgebung soll verhindern, dass unvermeidliche Schwächen des Gesetzes nicht von Interessengruppen ausgenutzt werden, sondern relativ kurzfristig korrigiert werden können.

6.6.2 Die gesundheitspolitische Agenda

Es stellt sich also die Frage wie gesundheitspolitische Themen auf die **politische Tagesordnung** kommen und welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit bestimmte Themen angemessen behandelt werden. Politische Entscheidungsträger sind in der Regel wenig bereit, von sich aus neue Themen aufzugreifen. Es ist jedoch oft zu beobachten, dass bei einer krisenhaften Zuspitzung, bei Skandalen und Versäumnissen, gesundheitspolitische Themen, die zuvor vernachlässigt wurden, behandelt werden. Wie aber reagiert das politische System auf langfristige Herausforderungen wie z.B. neue Technologien, demographische Veränderungen oder ökonomische Entwicklungen. Nach Hall (1975) müssen im Wesentlichen drei Bedingungen zusammentreffen, damit ein politisches Thema aktiv behandelt wird: Das Vorhaben muss als legitim betrachtet werden und mit den Wertvorstellungen der Menschen vereinbar sein, die Voraussetzungen für dessen Machbarkeit und Umsetzbarkeit müssen gegeben sein.

Außerdem muss das Projekt hinreichende Unterstützung durch gesellschaftliche Gruppierungen und Medien erfahren. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist es für politisch Verantwortliche wesentlich leichter, ein Thema aufzugreifen und umzusetzen.

Dennoch bleiben viele Themen latent und werden nicht behandelt, obwohl ihnen Experten erhebliche Bedeutung zumessen. Die bewusste **Nichtbefassung** mit einem Thema ist als politisches Entscheidungsprinzip ebenso bedeutsam wie das engagierte Herangehen an ein Problem (Lukes 1995).

Die Gründe dieses „Aussitzens“ von politischen Problemen sind vielfältig: Furcht vor Konflikten mit mächtigen Interessengruppen, mangelnde Übereinstimmung mit den Wertvorstellungen der Entscheidungsträger, Angst vor dem Tabubruch oder ein Projekt, das als unpopulär oder nicht-finanzierbar gilt.

6.6.3 Die Rolle der Medien

Die **Medien**, insbesondere auch die internetbasierten sozialen Medien, spielen eine wichtige Rolle im politischen Prozess. Gesundheitspolitische Reformvorhaben sind oftmals komplex und eignen sich nur wenig für eine leichtverständliche Darstellung in Massenmedien.

Es ist vor allem dann schwierig öffentliche Unterstützung zu mobilisieren, wenn das Thema in einer für viele unverständlichen Fachsprache behandelt wird. Andererseits können Medienberichte durch eine kritische Behandlung von Missständen dazu beitragen, dass ein Thema auf die Tagesordnung kommt.

Die Pflege von guten Beziehungen zu Schlüsselmedien, insbesondere zur Boulevardpresse, ist daher für Regierungen von großer Bedeutung. Berater und Pressesprecher versuchen wesentlich stärker **Einfluss auf die Berichterstattung** in den Medien zu nehmen, als dies früher der Fall war.

Dabei verfolgen Politiker*innen im Wesentlichen drei Ziele:



- die Medienagenda so zu beeinflussen, dass eigene Vorhaben positiv wahrgenommen und schlechte Nachrichten oder Nachrichten aus anderen Bereichen verdrängt werden,
- die Präsentation der Nachricht so zu beeinflussen, dass eine bestmögliche Interpretation im Sinne der Regierung durchgesetzt und damit die Deutungshoheit im jeweiligen Diskurs behauptet wird,
- die Kommunikation nach innen so zu gestalten, dass eine möglichst einheitliche Argumentationsbasis für Unterstützer des Vorhabens geschaffen und eine klare Trennungslinie zu Dissidenten gezogen wird.

Diese Form des Umgangs mit den Medien hat sich vor allem deswegen in den westlichen Demokratien so entwickelt und verfestigt, weil Unterschiede zwischen den großen Parteien geringer geworden sind und Wechselwähler eine

wichtigere Rolle als früher spielen. Außerdem ist die Technologie der Nachrichtenerstellung inzwischen so weit fortgeschritten, dass eine immer schnellere Reaktion der Politik unerlässlich ist.

6.6.4 Umsetzung von Politik

Die Umsetzung von Gesundheitspolitik in die administrative Ebene, d.h. in den Beamtenapparat oder die Selbstverwaltung, ist keineswegs ein linearer Prozess. Im günstigsten Falle besteht eine Aufgabenteilung, die für eine wirksame und effiziente Implementierung sorgen soll: Während Ideenentwicklung, Politikformulierung und Interessenausgleich Aufgabe der Politik sind, sind Ausarbeitung, Anwendung und Umsetzung Aufgaben der Verwaltung.

Dieser Prozess ist nicht einseitig von oben nach unten ausgerichtet. Dezentrale Apparate beeinflussen und verzögern die Umsetzung häufig oder verfolgen gar ihre eigene Agenda.

In Deutschland wird der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzt*innen ein erheblicher Spielraum bei der Umsetzung von Gesetzen eingeräumt. Veränderungen von politischen Inhalten während des Umsetzungsprozesses sind nicht ungewöhnlich. Dies ist nicht unbedingt negativ zu werten.

Es kann vielmehr den Vorteil haben, dass praktische Erfahrungen von Experten berücksichtigt werden können, bevor eine endgültige Festlegung und die Anwendung erfolgen.

Umsetzungsdefizite sind vor allem auf Kooperations- und Strukturdefizite zurückzuführen. Sie treten auf, wenn Verantwortlichkeiten auf zahlreiche Gruppen verteilt sind und wenn machtvolle Interessengruppen, z.B. Selbstverwaltungsorganisationen, regionale Gebietskörperschaften oder Industrievertreter den Implementierungsprozess konterkarieren können. Zu nennen ist die Verzögerung der Umsetzung von Modellvorhaben, die eine größere Selbstständigkeit der Berufsausübung für Pflege- und Therapieberufe vorsehen. Ein weiteres Beispiel ist das mehrmalige Scheitern der Einführung einer Positivliste für Arzneimittel am Widerstand der Pharmaindustrie.

Umsetzungsprobleme sind aber auch dann anzutreffen, wenn die Ressourcen nicht ausreichen, um eine Politik landesweit verwirklichen zu können. Empirisch ist gezeigt worden, dass gesundheitspolitische Projekte leichter umsetzbar sind, wenn sie nur einfache technische Mittel benötigen, von kurzer Dauer sind, marginale Veränderungen mit sich bringen und wenige Akteur*innen einbeziehen (Cleaves 1980). Überdies müssen Ziele klar formuliert sein und die erforderlichen finanziellen, technischen und administrativen Ressourcen zur Verfügung stehen. Umgekehrt sind große Reformvorhaben, die viele Akteur*innen einbeziehen und erhebliche Ressourcen beanspruchen, wesentlich schwerer zu verwirklichen. In diesen Fällen müssen exakte Pläne und Umsetzungsstrategien entwickelt werden, um möglichen bürokratischen Hindernissen und Widerstand von Interessengruppen bereits im Vorfeld begegnen zu können.

6.7 Evaluation von Gesundheitspolitik

Obwohl zunehmend eine begleitende wissenschaftliche Auswertung von gesundheitspolitischen Programmen und Projekten stattfindet, finden diesbezügliche Ergebnisse in der politischen Praxis noch zu wenig Beachtung. Dies hängt zum Teil mit den unterschiedlichen Arbeitsweisen von Politik und Wissenschaft zusammen. Wissenschaft ist dem rationalen Diskurs verpflichtet, Politik muss Rücksichten auf unterschiedliche Interessen nehmen, Kompromisse eingehen und orientiert sich am Machbaren (Walt 1994).

Es dauert oft Jahrzehnte, bis neue medizinische Erkenntnisse oder effizientere Behandlungsmethoden umgesetzt werden. Die **Latenzzeiten für Innovationen** sind lang. Etwa dauerte es ca. 15 Jahre, bis die Lysetherapie bei Herzinfarkt oder die Behandlung durch Stroke-Units bei Schlaganfall sich international durchgesetzt hatten. Auf dem Gebiet der gemeindenahen Psychiatrie und der Auflösung von Großkrankenhäusern für psychisch Kranke ist die Zeitdifferenz zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und Verwirklichung noch größer. Wesentlich früher als in Deutschland wurde bereits in den 1960er Jahren in England und in Italien mit der Enthospitalisierung von psychisch Kranken begonnen. Telemedizinische Systeme, die seit vielen Jahren in Ländern

wie Kanada und Australien gebräuchlich sind, wurden in Deutschland erst relativ spät, als Reaktion auf den drohenden Ärzt*innenmangel in ländlichen Regionen, eingeführt.

Ein weiteres Beispiel ist die Implementierung einer **evidenzbasierten Praxis** (EBP) in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Praxis. Trotz Vorgaben zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden viele Interventionen, die Anforderungen einer EBP nicht gerecht werden, dennoch eingesetzt. Andererseits finden echte Innovationen mit nachgewiesenem Zusatznutzen oft nur verspätet Eingang in die Versorgungspraxis (Bauer 2009).

In Bezug auf die Pflege unterscheiden Solomons und Spross (2011), basierend auf einem Konzept von Shortell et al. (1998), vier Dimensionen, die eine Implementierung einer EBP erschweren oder verhindern: Diese gelten analog auch für die therapeutischen Berufe.



- Strategische Gründe: z.B. mangelnde Ressourcen, fehlende Zeit, Personalmangel, andere Prioritäten von Vorgesetzten, fehlende administrative Unterstützung.
- Kulturelle Gründe: Widerstand gegen Veränderungen, mangelnde Autorität, Prozesse zu verändern, mangelndes Verständnis für evidenzbasierte Erkenntnisse, fehlende Akzeptanz und Wertschätzung von Forschungsergebnissen.
- Technische Faktoren: ungenügender Zugang zu Informationen über EBP, zu wenig Fortbildungsangebote, mangelnde Fähigkeiten, Forschungsdatenbanken nutzen und wissenschaftliche Publikationen einordnen und bewerten zu können.
- Strukturelle Faktoren: z.B. schlecht erreichbare Bibliotheken, unübersichtliche Infrastruktur, zu viele Informationsangebote, Fehlen praxisrelevanter Zusammenfassungen.



(7) e-tivity

Überlegen Sie innerhalb *Ihrer monoprofessionellen Kleingruppe*: Welche Gründe sehen Sie an *Ihrem Arbeitsplatz*, dass EBP wenig oder gar nicht implementiert ist?

Einerseits gibt es also große Verzögerungen bei der Umsetzung von Erkenntnissen, andererseits müssen Politiker*innen oft kurzfristig entscheiden und können nicht warten, bis Ergebnisse langfristiger wissenschaftlicher Studien vorliegen. So kommt eine Studie zu dem Schluss, dass die Gesundheitsreformen des Jahres 2004 „zum Teil unter erheblichem Zeitdruck und zu Teilen ohne gesichertes Wissen über ihre Auswirkungen“ beschlossen wurden (Jun und Grabow 2008).

Ergebnisse der Evaluationsforschung können von politischen Akteur*innen selektiv verwendet werden, je nachdem, ob sie ein Vorhaben unterstützen oder kritisieren. Damit werden wissenschaftliche Argumente zu einem Instrument der politischen Auseinandersetzung, die nicht selten durch opportunistisches Verhalten gegenüber wissenschaftlichen Erkenntnissen geprägt ist. Kritische Argumente sind zwar in der Auseinandersetzung mit dem politischen Gegner willkommen, aber weniger erwünscht, wenn sie den eigenen Standpunkt in Frage stellen. Regierung und Opposition verwenden jeweils ihre eigenen Experten, und es kommt nicht selten vor, dass bei Regierungswechseln ganze Expertengremien ausgetauscht werden.

Neben dieser Alibifunktion der Evaluationsforschung hebt Knieps (2010) für die Politikberatung in Deutschland als problematisch hervor, dass ein Mangel an unabhängiger Versorgungsforschung besteht und zahlreiche Studien von gesundheitspolitischen Akteur*innen beauftragt werden, um Ihre eigenen Interessen durchzusetzen. Hinzu komme, dass sich eine Vielzahl unterschiedlicher Professionen mit einander widersprechenden Ratschlägen zu Wort melden. Ein Grund hierfür sieht der Autor darin, dass sich „der Versuch, unterschiedliche Disziplinen unter dem Dach der Gesundheitswissenschaften oder dem Label Public Health zu vereinen, (...) nicht nachhaltig (hat) entwickeln können“ (Knieps 2010).

7. Rechtliche Grundlagen des Gesundheitssystems

7.1 Das System der sozialen Sicherung

Das im Grundgesetz Artikel 20(1) und 28(1) verankerte Sozialstaatsgebot begründet die grundsätzliche staatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge und sozialen Sicherung. Die Ausgestaltung ist unter Einbeziehung nichtstaatlicher Träger möglich. Ziel der Sozialpolitik ist die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit. Sozialpolitisch relevant sind also alle Maßnahmen, die sozialen Risiken vorbeugen und diese absichern sowie die soziale Lage von Individuen und Gruppen sichern und verbessern.

7.1.1 Historischer Hintergrund und sozialpolitische Grundlagen

Seine historischen Wurzeln hat der heutige Sozialstaat in der Sozialgesetzgebung des Kaiserreichs. Diese stellte ein politisches Zugeständnis in der Auseinandersetzung mit der Sozialdemokratie dar, mit dem Ziel den Industriearbeitern eine minimale Absicherung gegen die Folgen von Krankheiten, Unfällen und Invalidität zu bieten. In der Kaiserlichen Botschaft von 1881, die den Gründungsauftrag für die Sozialversicherung darstellt, heißt es, „... dass die Heilung sozialer Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem Weg der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sei.“ Es entstanden in relativ rascher Folge 1883 die Krankenversicherung der Arbeiter, 1884 die Unfallversicherung und 1889 die Invaliditäts- und Rentenversicherung. Nach und nach wurde der Krankenversicherungsschutz zunächst auf Familienangehörige und später auf weitere Bevölkerungsgruppen, wie Landarbeiter (1911) und Angestellte (1924), ausgedehnt. Erst 1927 kam die Arbeitslosenversicherung und 1941 die gesetzliche Krankenversicherung der Rentner hinzu.



Empfohlen zur Vertiefung:

Lesen Sie zur Vertiefung von Werner Plumpe: [Ohne Sozialsystem kein Kapitalismus](#), FAZ vom 17.9.2011

Das Ziel, den Bürger*innen in besonderen Lebenslagen und in den Wechselfällen des Lebens staatlichen Schutz vor Vermögensverlusten zu bieten, wird unter Berücksichtigung der folgenden Prinzipien verwirklicht:



- Das **Solidaritätsprinzip** bedeutet, eine Form der sozialen Absicherung auf Gegenseitigkeit, bei der eine leistungsfähigere soziale Gruppe die weniger leistungsfähige oder kleinere Gruppe unterstützt. Zum Beispiel steht in der Risikogemeinschaft der Krankenversicherung die größere Gruppe der gesunden Beitragszahler für die Kranken ein.
- Das **Subsidiaritätsprinzip** bedeutet, dass Lasten zunächst von der jeweils kleineren sozialen Einheit zu tragen sind. Erst wenn diese überfordert ist, erfolgt die Unterstützung durch die nächst größere Einheit. Dieses Prinzip betont den Gedanken der Selbsthilfe und die Eigenverantwortung von Individuum und Familie. Es ist beispielsweise in der Sozialhilfe verwirklicht, die Pflegekosten erst dann übernimmt, wenn das eigene Vermögen weitgehend verbraucht ist und auch nahe Angehörige zur Finanzierung herangezogen wurden.



(V4) Video

Schauen Sie sich zur Vertiefung folgendes Video zum [Solidaritätsprinzip und Subsidiaritätsprinzip](#) an.

7.1.2 Bereiche der Sozialgesetzgebung

Betrachtet man die Sozialgesetzgebung genauer, so sind drei Bereiche zu unterscheiden, für die der Bund nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes gemäß Art. 73 und Art. 74 (1) GG zuständig ist:



- Die **Sozialversicherung**: Der Gedanke der Sozialversicherung basiert auf einer Hilfe auf Gegenseitigkeit durch die Solidargemeinschaft der Beitrag zahlenden Mitglieder. Die verschiedenen Versicherungszweige sind entsprechend dem Kausalprinzip nach Bedarfsursachen gegliedert, wo Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Unfälle, Arbeitslosigkeit, oder Erwerbsunfähigkeit abgesichert sind.
- Die **öffentliche Fürsorge**: Wenngleich dieser Rechtsbegriff etwas altmodisch klingen mag, stellen die damit verbundenen Leistungen doch einen wesentlichen Pfeiler der sozialen Sicherung dar. Sie werden nicht durch

Beiträge, sondern aus Steuermitteln finanziert. Fürsorgeleistungen dienen der ökonomischen Existenzsicherung und sozialen Inklusion. Sie setzen die Bedürftigkeit der Hilfeempfangenden voraus. Sie werden unabhängig von der Ursache (Finalprinzip) als eine subsidiäre Grundsicherung gewährt, solange die besondere Notlage anhält. Träger der meisten Fürsorgeleistungen sind die Gemeinden. Zu den wichtigsten Leistungen gehören die Sozialhilfe (bei Erwerbunfähigkeit) und die Grundsicherung für Arbeitssuchende (bei Arbeitslosigkeit).

- Die **soziale Entschädigung**: Diese Leistungen werden bei gesundheitlichen Schäden gewährt, für deren Folgen die Gemeinschaft, also der Staat, in besonderer Weise einstehen muss. Handelte es sich beim berechtigten Personenkreis ursprünglich um Kriegsoffer, so sind es jetzt Opfer von Gewalttaten, Wehr- und Zivildienstbeschädigte, sowie Opfer staatlichen Unrechts in der DDR. Von besonderer Relevanz für das Gesundheitswesen ist die Entschädigung bei Impfschäden. Die Leistungen sind im Bundesversorgungsgesetz geregelt. Sie werden von den Ämtern für soziale Aufgaben (in einigen Bundesländern den Versorgungsämtern) auf Antrag gewährt.

7.2 Soziale Rechte und Verfassung

Während das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Sozialstaatsgebot grundgesetzlich verankert sind, wird ein Recht auf Gesundheit, nicht explizit in der Verfassung genannt.

Dies trifft auch für andere soziale Rechte, z.B. das Recht auf Arbeit, das Recht auf Bildung oder das Recht auf Wohnung, zu.

Diese sind vielmehr teilweise in internationalen Übereinkommen normiert, denen die Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist. Zu nennen sind beispielsweise die Menschenrechtsabkommen der Vereinten Nationen und das europäische System zum Schutz der **Menschenrechte**.

Auf der **UN-Menschenrechtscharta** beruht eine Reihe internationaler Abkommen, zum Beispiel gegen rassistische Diskriminierung, Diskriminierung von Frauen und zum Schutz von Kinderrechten. Von besonderer Relevanz für die Pflege und die therapeutischen Berufe ist die **UN-Konvention zum**

Schutz von Menschen mit Behinderungen, die seit 2009 in Deutschland geltendes Recht ist. [Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention](#)

- Auf europäischer Ebene sind u.a. die vom Europarat von 47 Mitgliedsstaaten verabschiedeten Abkommen zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten sowie die **Europäische Sozialcharta** verbindlich. Für die Überwachung der Einhaltung dieser Rechte in den Mitgliedsstaaten ist der [Europäische Gerichtshof für Menschenrechte](#) (EGMR) zuständig.
- In den 27 EU-Mitgliedsländern gilt außerdem die **Charta der Grundrechte der Europäischen Union**. Diese stellt gegenüber den Europaratsabkommen erweiterte Fassung dar, die als Teil des Vertrags von Lissabon für die EU-Mitglieder bindend ist, sofern diese nicht, wie Polen, von der Möglichkeit des opt-out Gebrauch gemacht haben. Für Klagen wegen einer Verletzung der EU-Charta ist der [Europäische Gerichtshof](#) (EuGh) zuständig, sofern das Rechtsanliegen einen europäischen Bezug hat.

7.3 Formen der Gerechtigkeit im System der sozialen Sicherung

Wie im Kapitel 5 näher erläutert wurde, sind Fairness und Gerechtigkeit wichtige Bewertungskriterien für ein Gesundheitssystem. Doch was allgemein als gerecht wird, unterliegt unterschiedlichen Bewertungen, je nach dem, auf welche Perspektive von sozialer Gerechtigkeit sich die Betrachtung bezieht. Dementsprechend sind unterschiedliche Formen von Gerechtigkeit im System der sozialen Sicherung verwirklicht worden:



- **Bedarfsgerechtigkeit** bedeutet, dass in der GKV die Behandlung generell nach medizinischem Bedarf erfolgt und nicht nach der Zahlungsfähigkeit der Versicherten.

- In der GKV gilt außerdem das Prinzip der **Finanzierungsgerechtigkeit**, d.h. die Entrichtung der Krankenkassenbeiträge wird einkommensabhängig bemessen. Versicherte mit höherem Einkommen zahlen einen höheren Beitrag als Versicherte mit niedrigem Einkommen.
- **Verteilungsgerechtigkeit** bedeutet die Umverteilung von finanziellen Lasten. Steuern, Abgaben und Sozialversicherungsbeiträge sollen so verteilt werden, dass sie zum sozialen Ausgleich beitragen. Zu nennen ist der Familienlastenausgleich, beispielsweise das Kindergeld und die Familien-Mitversicherung in der GKV sowie die Entlastung von Versicherten mit niedrigem Einkommen. bei Beiträgen und Zuzahlungen
- Die gesetzliche Rentenversicherung ist durch das Prinzip der **Leistungsgerechtigkeit** gekennzeichnet. Ein höheres Einkommen bewirkt höhere Rentenbeiträge und damit eine höhere Rente.
- **Teilhabegerechtigkeit** bedeutet ein bedingungsloses Recht auf Partizipation am sozialen und kulturellen Leben. Dieses Prinzip geht über eine ausschließlich finanzielle Hilfe hinaus und soll eine soziale Inklusion ermöglichen. Es ist beispielsweise in der Sozial- und Jugendhilfe und in der Hilfe für Menschen mit Behinderungen angelegt.

Grundlage für die Forderung einer inklusiven Sozialpolitik ist die rechtliche Gleichstellung aller Individuen. Sie betrifft nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern auch Menschen, die arm oder von Armut bedroht sind oder besonderen Schutz bedürfen, wie zum Beispiel chronisch Kranke, Migranten oder Kinder und Jugendliche mit besonderen Problemlagen.

Es ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt, dass **Armut und soziale Isolation** krankmachen. Ursachen dieser sozialbedingten gesundheitlichen Ungleichheit sind Unterschiede in sozialen Ressourcen, wie Wissen, Geld, Macht und Status Diese bedingen unterschiedliche gesundheitliche Belastungen und unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile.

Sie führen zu einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und resultieren in Unterschieden in Mortalität und Morbidität (Rosenbrock und Gerlinger 2014, Lampert et al 2017).

**(V5) Video**

Schauen Sie sich zur Vertiefung das Video [Rosenbrocks Meinung zu Armut und Gesundheit](#) an.

7.4 Rechtsnormen im Gesundheitswesen

Die für das Gesundheitswesen einschlägigen Rechtsnormen können vier Bereichen (Verfassungsrecht, öffentliches Recht, Strafrecht und Privatrecht) zugeordnet werden. Größere Gesetzeswerke werden als „Gesetzbuch“ bezeichnet, z.B. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Strafgesetzbuch (StGB) oder Sozialgesetzbuch (SGB). Die vier Rechtsbereiche können hier nur kurz skizziert werden, für weiterführende Informationen wird auf entsprechende Veröffentlichungen verwiesen.

7.4.1 Verfassungsrecht

Das **Verfassungsrecht** bildet die rechtliche Grundlage des Staates und seiner Organe. Es beschreibt den Staatsaufbau und legt die Gesetzgebungskompetenz des Bundes und der Länder fest.

Vor allem aber verpflichtet es den Staat zum Schutz der Grundrechte, über deren Einhaltung das Bundesverfassungsgericht wacht.

Es hat seit seinem Bestehen zahlreiche gesundheitspolitisch relevante Entscheidungen getroffen, wie zum Beispiel, zur Verbesserung des Schutzes von Patient*innenrechten, zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung, zum Leistungsumfang der GKV oder die Ausübung der Heilkunde durch nichtärztliche Berufe. Für die jeweiligen Länderverfassungen bestehen Landesverfassungsgerichte.

7.4.2 Öffentliches Recht

Aus dem Gebiet des **öffentlichen Rechts** sind vor allem das **Sozialrecht** und das **Verwaltungsrecht** für das Gesundheitswesen relevant. Teil des öffentlichen Rechts sind auch die Gesetze, welche die Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung der Heilberufe sowie die Aufgaben der Heilberufskam-

mern regeln. Wesentliche Bestimmungen des Sozialrechts werden in den folgenden Kapiteln behandelt, sofern sie für das Verständnis von Versorgungsstrukturen notwendig sind. Das Sozialgesetzbuch gliedert sich in zwölf Unterabschnitte (Tabelle 1), welche die Rechtsbeziehungen der Bürger*innen zu den Sozialversicherungen und Versorgungsinstitutionen sowie die Beziehungen der Akteur*innen im Gesundheitswesen untereinander regeln.

Tabelle 1 Gliederung des Sozialgesetzbuches

SGBI	Allgemeiner Teil
SGBII	Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGBIII	Arbeitsförderung
SGBIV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGBV	Gesetzliche Krankenversicherung
SGBVI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGBVII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGBVIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGBIX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGBX	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGBXI	Soziale Pflegeversicherung
SGBXII	Sozialhilfe

Die Sozialgerichte sind für die Rechtspflege im Bereich der Sozialversicherung zuständig. Höhere Instanzen sind die Landessozialgerichte und das Bundessozialgericht in Kassel. Die Verwaltungsgerichte, Obergerichtspräsidenten und das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig sind für Klagen gegen Entscheidungen staatlicher Behörden, beispielsweise des öffentlichen Gesundheitsdiensts (u.s. Landesämter für soziale Aufgaben und Gesundheitsämter) und der Jugendämter zuständig. Sowohl im Verwaltungs- als auch im Sozialrecht besteht die Möglichkeit, gegen Entscheidungen der zuständigen Stellen **Rechtsmittel** einzulegen. Widersprüche der Versicherten bei ablehnenden Bescheiden der Krankenkassen sind relativ häufig. Sie betreffen vor allem Entscheidungen zu Krankengeld, Hilfsmitteln und Rehabilitation und sind in ca. 30% der Fälle erfolgreich (Destatis 2016). Wird der Widerspruch,

der fristgemäß innerhalb von vier Wochen eingelegt werden muss, zurückgewiesen, kann gegen die Entscheidung geklagt werden.



(V6) Video

Schauen Sie sich zur Vertiefung das Video [Wie funktioniert ein Sozialgericht?](#) an.

7.4.3 Strafrecht

Aus dem Bereich des **Strafrechts** sind eine Reihe von Bestimmungen für Angehörige der Heilberufe besonders relevant: Es ist wichtig zu wissen, dass Behandlungsfehler als fahrlässige Körperverletzung strafrechtlich geahndet werden können, wenn der Patient nicht oder nur unzureichend über mögliche Folgen einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme aufgeklärt wurde. Strafbewehrt sind außerdem beispielsweise Verstöße gegen die Schweigepflicht, das Betäubungsmittelgesetz und das Abtreibungsverbot. In der Diskussion über das Fehlverhalten von Angehörigen der Gesundheitsberufe, haben Fälle von Bestechlichkeit und systematischem Abrechnungsbruch besondere Beachtung erfahren. Seit 2004 bestehen bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und deren Verbänden „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Diese wurden auf der Grundlage der §§197a SGB v und 47a SGB XI eingerichtet, um Untreue, Korruption und Betrug im Gesundheitswesen besser verfolgen zu können.

Überdies wurde 2016 ein eigener Straftatbestand zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen (§299a StGB) eingeführt, der eine bessere Ahndung der Bestechlichkeit von Angehörigen der Heilberufe ermöglichen soll.



(V7) Video

Schauen Sie sich zur Vertiefung das Video [Was bringt das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen?](#) an.

(8) e-tivity



1. Welche Maßnahmen werden an Ihrem Arbeitsplatz getroffen, um die Schweigepflicht einzuhalten?

2. Interprofessionelle Kooperation ist an Regeln gebunden.

Recherchieren Sie Fakten und Fälle einer unzulässigen Zusammenarbeit von Leistungserbringer*innen unter folgendem [Link](#). Was müsste sich ändern, damit die Zusammenarbeit, z.B. eine gemeinsame Dokumentation nicht mehr unzulässig wäre und die Patient*innen davon profitieren könnten?

7.4.4 Privatrecht

Für das Gesundheitswesen wichtige Teile des **Privatrechts** sind das **Zivilrecht** und das **Arbeitsrecht**. Das Arbeitsrecht dient im Wesentlichen dem Schutz der abhängig Beschäftigten, also der Arbeitnehmer*innen. Zu unterscheiden ist das individuelle Arbeitsrecht, u.a. mit Regelungen zum Arbeitsvertrag, den Arbeitsbedingungen und der Arbeitszeit und das kollektive Arbeitsrecht mit Regelungen zur betrieblichen Mitbestimmung, zum Tarifrecht und zum Verhältnis zwischen Arbeitgeberverbänden einerseits und Gewerkschaften, Betriebs- und Personalräten andererseits. Für Rechtsstreitigkeiten sind die Arbeitsgerichte und in höherer Instanz die Landesarbeitsgerichte sowie das Bundesarbeitsgericht in Erfurt zuständig.

Das **Zivilrecht** ist im BGB kodifiziert und umfasst die Rechtsbeziehungen von Privaten. Das Zivilrecht gilt sowohl für natürliche Personen, wie Patient*innen oder Behandler*innen, als auch für juristische Personen, beispielsweise ein Krankenhaus oder Medizinisches Versorgungszentrum. Für das Gesundheitswesen sind vor allem die Angelegenheiten des Patient*innenschutzes und der Haftungsverpflichtung der Heilberufe, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergeben, von Bedeutung. Näheres wird in den entsprechenden Abschnitten zu den Patient*innenrechten (Kapitel 8.6) ausgeführt.

Die Regelungen im BGB (§§360a-h) sind auf alle medizinischen Behandlungsverhältnisse anwendbar. Sie gelten also nicht nur für Ärzt*innen, sondern auch für Angehörige der therapeutischen Berufe und Heilpraktiker, nicht jedoch für die Pflege. Pflegeverträge für die häusliche Krankenpflege sind im SGB XI geregelt. Die Zivilgerichte sind in Amts-, Land-, Oberlandesgerichte (in Berlin: Kammergericht) gegliedert. Oberste Instanz ist der Bundesgerichtshof in

Karlsruhe. Außer am Amtsgericht, sind die Parteien verpflichtet, sich durch einen Anwalt vertreten zu lassen.

7.5 Rechtssystematik und Normenhierarchie

Wird ein Gesetz geändert, was im Gesundheitswesen häufig der Fall ist, wird der Entwurf der Legislative als **Artikelgesetz** vorgelegt. Dieses beschreibt, welche Änderungen an bestehenden Gesetzen vorgesehen sind. Zum Beispiel enthält das Präventionsgesetz vom 17.5.15 neben zahlreichen Änderungen des Sozialgesetzbuches, Änderungen des Infektionsschutzgesetzes und des Jugendarbeitsschutzgesetzes sowie weiterer Bestimmungen und Gesetze, die für das Thema Prävention relevant sind. Die beschlossenen Änderungen werden nach Inkrafttreten in die bestehenden Gesetze eingepflegt.

Bei der großen Zahl rechtlicher Bestimmungen im Gesundheitswesen ist es nicht einfach herauszufinden, welches Gesetz für einen bestimmten Sachverhalt gilt. Zum Beispiel wird die Verpflichtung der Leistungserbringer*innen zur Qualitätssicherung nicht nur im SGB V normiert, sondern auch in zahlreichen Einzelgesetzen, wie z.B. dem Arzneimittelrecht, dem Medizinproduktegesetz, dem Transplantationsgesetz, dem Transfusionsgesetz, dem Infektionsschutzgesetz und in der Röntgenverordnung.

Zunächst ist es hilfreich zu wissen, auf welcher Ebene eine Regelung normiert wurde. Diese Normenhierarchie sei am Beispiel der Schutzimpfungen, erläutert (Tabelle 2). In dieser Darstellung ist die zentrale Stellung des GBA zu beachten, dessen Richtlinien und Beschlüsse auch für die Pflege und die therapeutischen Berufe maßgeblich sind.

Tabelle 2: Normenhierarchie im Gesundheitswesen

Ebene	Norm	Beispiel
Gesetzgeber	Gesetz	§20i SGB V,
Zuständiges Bundesministerium	Verordnung	Impfverordnung
Gemeinsamer Bundesausschuss	Richtlinie	Schutzimpfungs-Richtlinie

Partner der Selbstverwaltung: Bund	Verträge	Bundesmantelvertrag- Ärzt*innen;
Partner der Selbstverwaltung: Länder	Verträge	Rahmenvereinbarungen zu Schutzimpfungen zwi- schen einzelnen KVen und KKen
Einzelne Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen	Satzung	Kostenübernahme von weiteren Impfungen.

GBA 2017, eigene Darstellung.

Das vom Bundestag verabschiedete Gesetz ermächtigt das Bundesgesundheitsministerium eine Verordnung über die öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen zu erlassen. Als zentrales Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu die Schutzimpfungs-Richtlinie auf der Grundlage von Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut. Diese legt den Umfang der Leistungspflicht der GKV rechtsverbindlich fest. Die Partner der Selbstverwaltung, die KBV und der GKV-Spitzenverband, haben auf Bundesebene weitere Einzelheiten, z. B. zur Versorgung mit Impfstoffen, im Bundesmantelvertrag der Ärzt*innen geregelt. Auf Länderebene schließen die einzelnen KVen und KKen jeweils Rahmenvereinbarungen ab, die Vergütungsregelungen und ergänzende Bestimmungen enthalten können, zum Beispiel über Schutzimpfungen bei Auslandsreisen. Über das Satzungsrecht können die Krankenkassen eigene ergänzende Leistungen regeln, z.B. die Kostenübernahme für weitere Impfungen.



Lesen Sie zur Vertiefung

Simon:, M. (2017). Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise Kap 2 Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall (pp 59-66). Bern: Verlag Hans Huber.

7.6 Maßnahmen zur Stärkung von Patient*innenrechten

Bereits seit vielen Jahren setzen sich Patient*innen- und Verbraucherschutzorganisationen für eine Stärkung von Patient*innenrechten ein. Schutzmaßnahmen können entweder auf dem Wege der Selbstverpflichtung der Leistungserbringer*innen, über eine Patient*innencharta, oder auf gesetzlichem Wege vollzogen werden.

Ein wesentlicher Meilenstein war die WHO Deklaration über die Förderung von Patient*innenrechten (WHO 1994) sowie die Europäische Patient*innenrechtscharta. Seitdem haben zahlreiche Länder Patient*innenschutzrechte in ihrer Gesetzgebung verankert. In Deutschland wurden 2013 die bestehenden zahlreichen Einzelbestimmungen im **Patient*innenrechtgesetz** zusammengefasst und ergänzt.



(V8) Video

Schauen Sie sich zur Vertiefung das folgende Video über [Patient*innen und ihre Rechte](#) an.



Erklärtes Ziel war, die Information über die bestehenden Rechte zu verbessern und deren Anwendung in der Praxis durchzusetzen (Wenzel und Steinmeister 2015, Hölling 2017).

Abgeleitet aus den Grundrechten und der Rechtsprechung wurde das Behandlungs- und **Haftungsrecht der Heilberufe** in den Paragraphen 360a-h BGB neu kodifiziert.

Zu den Rechten gegenüber Ärzt*innen und Therapeut*innen gehören unter anderem: das Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen, das Recht auf umfassende Information und Aufklärung, sowie das Recht auf Selbstbestimmung, das bedeutet, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen nur nach erfolgter Einwilligung durchgeführt werden dürfen. Zwar geht §630h weiterhin von dem Grundsatz aus, dass der Patient, und nicht der Therapeut einen Behandlungsfehler nachweisen muss. Aber bei grob fahrlässigem Verhalten der Behandlerin/ des Behandlers, oder wenn dieser nicht für die durchgeführte Maßnahme befähigt war, oder wenn ein voll beherrschbares Risiko vorlag, wird jedoch zu Gunsten des Patient*innen davon ausgegangen, dass ein

Behandlungsfehler vorliegt. Der Behandelnde und nicht der Patient muss dann im Streitfall das Gegenteil beweisen (Beweislastumkehr) (Dautert 2016). Durch Regelungen innerhalb des SGB V wurden die Rechte der Patient*innen gegenüber den Leistungserbringer*innen, insbesondere bei Behandlungsfehlern weiter gestärkt. Krankenhäuser und Vertragsärzt*innen sind verpflichtet, Maßnahmen zum Patient*innenschutz und zur Fehlervermeidung durchzuführen (Heyers 2016). Krankenkassen müssen überdies ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen. Des Weiteren können sich Versicherte Leistungen selbst beschaffen, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen über einen Bewilligungsantrag der/ des Versicherten entscheidet. Seit 2015 besteht für GKV-Versicherte außerdem die Möglichkeit, sich innerhalb von vier Wochen einen Fachärzt*intermin über Termin-Servicestellen, ambulant oder im Krankenhaus, vermitteln zu lassen. Behandelnde Ärzt*innen sind überdies gehalten, ihre Patient*innen darauf hinzuweisen, dass sie bei Bedarf eine Zweitmeinung auf Kosten der Krankenkasse einholen können (Wenzel und Steinmeister 2015).

Weitere wichtige Maßnahmen zur Stärkung der Patient*innensouveränität sind unabhängige [Beschwerde- und Beratungsstellen](#).



- Auf Bundesebene wurde 2004 das Amt des Patient*innenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten geschaffen. Der Bund fördert die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) als zentrale Anlaufstelle für Informationen und Beratung in gesundheitlichen und sozialrechtlichen Fragen (Schröder et al. 2011).
- In den Landeskrankenhausgesetzen wurden seit den 1970er Jahren die Aufgaben von ehrenamtlichen Patient*innenfürsprecher*innen verankert. Diese werden in der Regel von den Kommunen (in Berlin den Bezirksverordnetenversammlungen) berufen und sollen Anregungen und Beschwerden von Patient*innen gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus vertreten (König 2015).



(V9) Video

Schauen sie sich zur Vertiefung das folgende [Video](#) über die Patient*innenfürsprecher*innen im Kreiskrankenhaus Priegnitz an.

- Für psychiatrische Einrichtungen bestehen in den Landesgesetzen für Psychisch Kranke besondere Regelungen für Patient*innenfürsprecher*innen und Beschwerdestellen. Deren Unabhängigkeit und Fachkompetenz ist zur Aufdeckung von Misständen besonders wichtig, weil psychiatrische Patient*innen oftmals infolge der Einschränkung ihrer Persönlichkeitsrechte vom Personal der Einrichtung in hohem Maße abhängig sind und der Zugang zu anderen Stellen erschwert ist (Hamann et al. 2008).
- Weitere Beschwerdemöglichkeiten bestehen bei den Patient*innenberatungsstellen der Verbraucherzentralen und Ärzt*innenkammern. Letztere unterhalten Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten in Arzthaftpflichtsachen (Deutsch und Spickhoff 2014).

Frageimpuls 1.7

1. Recherchieren Sie, welche Patient*innenbeauftragte für Ihre Patient*innen zuständig wäre. Ggf. erkundigen Sie sich bei den Kliniken in ihrem Herkunfts- oder Wohnort nach dem Vorhandensein, den Arbeitsbedingungen und den Erfahrungen der dortigen Patient*innenbeauftragten.

Verfassen Sie für sich eine kurze Meldung zur Arbeit und Funktion der Patient*innenbeauftragten (z.B. wie für eine Selbsthilfe-Vereinszeitung).

Überlegen Sie weiterhin, woran Sie den Nutzen für die Betroffenen messen?

2. Recherchieren Sie für sich, welche Rechte GKV-Versicherte bei Durchführung einer stationären oder ambulanten Behandlung im EU-Ausland haben.

Informationen finden Sie in

[Warum so wenig genutzt? Nationale Hindernisse für eine grenzüberschreitende Patient*innenversorgung in der EU](#) (No. 4/2017). IW policy paper, Kochskämper, S. (2017).

Neben diesen individuellen Patient*innenrechten wurden in den letzten Jahrzehnten auch die **kollektiven Patient*innenrechte** gestärkt (§140f SGB V). Es bestehen Mitberatungsrechte, im GBA, in der Nationalen Präventionskonferenz sowie, auf regionalere Ebene, in Gremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen MDK, den Landesausschüssen zur ärztlichen Bedarfsplanung und den Zulassungsausschüssen der Vertragsärzt*innen. Diese Beteiligungs- und Anhörungsrechte beinhalten auch die Anwesenheit der Patient*innenvertreter*innen bei der Beschlussfassung des jeweiligen Gremiums, jedoch kein Mitentscheidungsrecht.

Trotz dieser Verbesserung des Patient*innen- und Verbraucherschutzes bestehen weiterhin in zahlreichen Rechtsfeldern Defizite der Gesetzgebung und der Umsetzung bestehender Regelungen, z. B bei raschen finanziellen Hilfen für Geschädigte oder der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen (Rosenbrock und Zinke 2014). Kritisch ist auch anzumerken, dass viele Einrichtungen im Gesundheitswesen immer noch nicht über ein systematisches Beschwerdemanagement verfügen, das wesentlich dazu beitragen kann, Erkenntnisse aus Patient*innenbeschwerden nutzbringend für eine Verbesserung der Versorgung einzusetzen. Generell wird auch der Bekanntheitsgrad und die Erreichbarkeit der Beschwerdeeinrichtungen als unzureichend angesehen.

Erfreulich ist hingegen, dass die kostenfreien Informations- und Beratungsangebote von KVen, KKen, Selbsthilfeorganisationen, Verbraucherorganisationen und kirchlichen Trägern und deutlich zugenommen haben. Viele dieser etwa 600 Stellen bieten Telefonberatungen an, die jedoch nicht immer die Qualitätskriterien für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen erfüllen (Albrecht et al. 2016).

8. Die GKV

8.1 Die GKV im Kontext der Gesundheitsausgaben

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind nach ihren prozentualen Anteilen in Abb 3 dargestellt. Den größten Ausgabenanteil trägt die GKV, gefolgt von Direktzahlungen der Bürger*innen. Auch die anderen Zweige der Sozialversicherung tragen zur Finanzierung bei.

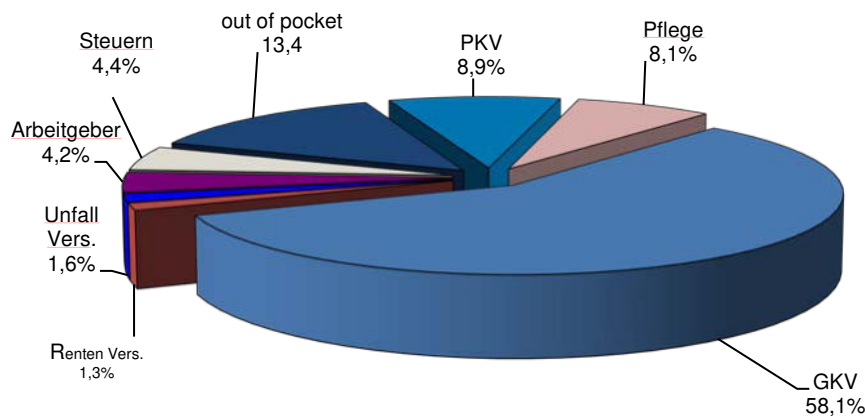


Abb 3: Ausgaben für das Gesundheitswesen 2015, Destatis 2017, eigene Darstellung.

Die gesetzliche Rentenversicherung übernimmt wesentliche Leistungen der Rehabilitation, die gesetzliche Unfallversicherung ist für die Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Patient*innen mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zuständig. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist der jüngste Zweig der Sozialversicherung. Über sie wird nach gesetzlichen Vorgaben ein Teil der Langzeitpflegekosten finanziert.

8.2 Grundsätze und rechtliche Grundlagen

Die Grundsätze der GKV sind eine **allgemeine Versicherungspflicht und das Solidarprinzip**. Letzteres wird durch verschiedene Umverteilungsmechanismen verwirklicht. Es besteht ein Solidarausgleich zwischen:



- Gesunden und Kranken (Risikoausgleich), die Gesunden stehen für die Kranken ein
- Armen und Reichen (Einkommensausgleich), die Beiträge werden einkommensabhängig erhoben.
- Jungen und Alten (Generationenausgleich), die Beiträge von Rentnern sind ermäßigt
- Ledigen und Familien (Familienlastenausgleich). Nicht erwerbs-tätige Partner und Kinder sind beitragsfrei mitversichert.

Durch zweckgebundene, einkommensabhängige Beiträge zur Sozialversicherung, die über das Lohnabzugsverfahren erhoben werden, erwirbt der Versicherte einen **rechtlichen Anspruch auf Leistungen**, der unabhängig von dem im Einzelfall gezahlten Beitrag ist. Durch die Versicherungspflicht können Sozialversicherungen einen größeren Risikopool generieren als Private Krankenversicherungen (PKV <https://www.pkv.de/>), die auf freiwillige Mitglieder angewiesen sind. Im Unterschied zur PKV besteht in der GKV besteht **Kontrahierungszwang**, d.h. alle Aufnahmeberechtigten müssen unabhängig von ihrem individuellen Risiko aufgenommen werden. Darüber hinaus ist auch eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV, z.B. für Selbständige, möglich.

Für die Gewährung von **Leistungen der GKV** gelten die folgenden Grundsätze:



- Das Bedarfsdeckungsprinzip: Die GKV soll eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Versorgung gewährleisten (§70 (1) SGB V)
- Das Wirtschaftlichkeitsgebot: Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirt-

schaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer*innen nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 121 (1) SGB V).

- Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität: Vergütungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringer*in und Krankenkassen sind so zu gestalten, dass die nicht zu Beitragssatzerhöhungen führen (§71 SGB V)
- Das Sachleistungsprinzip: Ärzt*innen und Krankenhäusern rechnen ihre Leistungen direkt mit den Krankenkassen und nicht mit den Versicherten selbst ab. Die Versicherten können zwar auch das in der PKV übliche Verfahren der Kostenerstattung wählen, aber nur wenige Versicherte machen hiervon Gebrauch. Sie erhalten vom Leistungserbringer eine Rechnung, die sie bei der Krankenkasse zur Erstattung einreichen (§2 (1) SGB V).

8.3 Ausgaben und Leistungsarten

Die Ausgaben der GKV (200,3 Mrd € im Jahre 2015) entfallen zum größten Teil auf die **Krankenhausbehandlung**, gefolgt von Honoraren für die **ambulante ärztliche Behandlung** und Ausgaben für **Arzneimittel**. Die Ausgabenposition Heil- und Hilfsmittel besteht zu 3 % aus Ausgaben für **Heilmittel**, also Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie), die etwa 3% der Gesamtausgaben darstellen, und aus Ausgaben für **Hilfsmittel**, die im wesentlichen Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel und andere Gegenstände umfassen, die im Einzelfall verordnet werden. Die sonstigen Ausgaben beinhalten u.a Krankengeld, Früherkennungsmaßnahmen, Schutzimpfungen, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die **Verwaltungskosten** der Krankenkassen machen etwa 6% der Gesamtausgaben aus (Abb. 4).

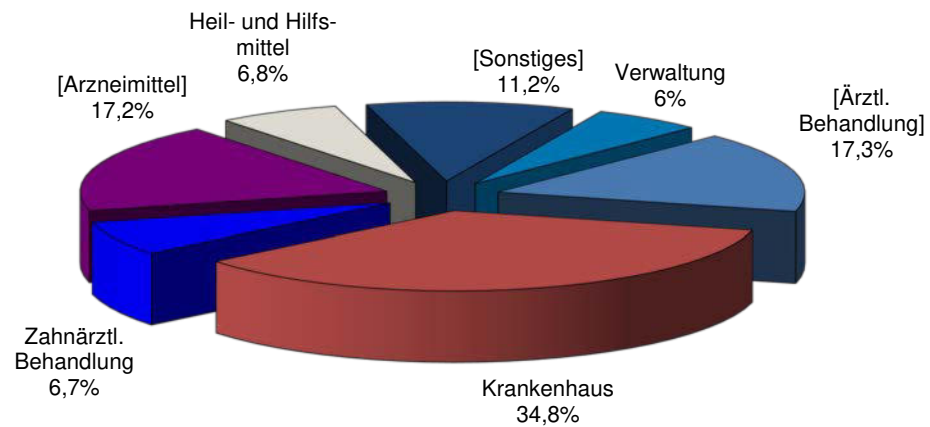


Abb.4: Ausgabenarten der GKV (2015), Destatis 2017, Eigene Darstellung.

8.4 Wettbewerb innerhalb der GKV

Die GKV ist gekennzeichnet durch ein **gegliedertes System** mit unterschiedlichen Krankenkassenarten. Da die Krankenkasse frei gewählt werden kann, hat sich ein Wettbewerb entwickelt, als dessen Folge die Zahl der Krankenkassen von 1354 im Jahre 1992 auf ca. 113 im Jahre 2017 abgenommen hat. Die meisten der 71,7 Mio. Versicherten gehören Ersatzkassen an (EKK ca. 27,8 Mio. Mitglieder), gefolgt von den allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK 25,5 Mio. Mitglieder) und Betriebskrankenkassen (BKK 10,7 Mio. Mitglieder). Kleinere Verbände sind die Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft Bahn/See (KBS) und landwirtschaftliche Kassen (LKK). Ca. 8,8 Mio. Versicherte sind privat versichert. Ebenfalls außerhalb der GKV besteht das System der Beihilfe für Beamte (BMG 2017).

In einem gegliederten System mit freier Wahl der Versicherung und Kontrahierungszwang sind die Krankheitsrisiken und das Beitragsaufkommen zwischen den Kassen ungleich verteilt. Zum Beispiel haben Krankenkassen mit durchschnittlich jüngeren und besserverdienenden Versicherten ein niedrigeres Ausgabenrisiko als Krankenkassen mit älteren und ärmeren Versicherten.

Um einen fairen Wettbewerb unter Beibehalt des Solidarprinzips zu ermöglichen, ist ein Ausgleich zwischen der Finanzkraft und dem Beitragsbedarf der Kassen notwendig. Dieses Verfahren wird als **Risikostrukturausgleich (RSA)** bezeichnet. Seit 2009 erfolgt dieser Ausgleich morbiditätsorientiert, unter Berücksichtigung von 80 schwerwiegenden oder chronischen Erkrankungen, die für jede Kasse anhand der gestellten Diagnosen und verordneten Arzneimitteln ermittelt werden. Durch den RSA soll erreicht werden, dass eine Kasse mit „kränkeren“ Versicherten nicht automatisch gravierende Wettbewerbsnachteile hat (BVA 2008). Der RSA soll anhand von wissenschaftlichen Gutachten regelmäßig angepasst und weiterentwickelt werden.



(A4) Aufgabe

1. Warum gibt es einen RSA? Lesen Sie die ersten beiden Abschnitte von [Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich–Verständnisse und Missverständnisse](#). Von Göppfarth, D. (2013). G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 67(1), 10-16.

2. **Lesen** Sie zur Vertiefung:

Folgenden Artikel vom Ärzt*innenblatt über das [AOK-System](#).



(9) e-tivity

Vergleichen Sie anhand der beiden folgenden Videos die unterschiedlichen Positionen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten RSA:

[Video 1 AOK-Bundesvorstand](#)

[Video 2 Vorstand der Techniker Krankenkasse:](#)



8.5 Mitgliedschaft und Beiträge

Die Steuerung der Pflichtmitgliedschaft erfolgt über die **Versicherungspflichtgrenze**. Diese wird bundeseinheitlich festgesetzt und beträgt 2017 57.600€ (4.800 €/Monat). Oberhalb dieses Einkommens ist ein Wechsel in die PKV möglich. Hiervon machen ca 30 % des berechtigten Personenkreises Gebrauch.

Die **Beitragsbemessungsgrenze** ist eine weitere wichtige Rechengröße der GKV, die angibt, ab welchem beitragspflichtigen Einkommen der Beitrag zur GKV nicht mehr steigt. Sie liegt mit 52.200 €/Jahr beziehungsweise 4.350 €/Monat) niedriger als die Versicherungspflichtgrenze (BMAS 2017). Eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV, zum Beispiel für Selbständige, ist möglich.

Der allgemeine **Beitragssatz zur GKV** wird bundeseinheitlich für alle Kassen festgelegt und beträgt zurzeit 14,6% des beitragspflichtigen Einkommens. Hiervon tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils 7,3 %.

Hinzu kommt bei den meisten Krankenkassen ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz, der vom Arbeitnehmer allein zu tragen ist, so dass in der Summe Beitragssätze zwischen 15,4% und 16,4% erreicht werden. Des Weiteren werden Zuschüsse zu den Beiträgen des jeweils berechtigten Personenkreises durch die soziale Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und den Träger der Sozialhilfe gezahlt.

Die Bereitstellung der Mittel für die Krankenkassen erfolgt seit 2009 über eine zentrale Inkassostelle, den **Gesundheitsfonds**. Die Einzahlungen aus Beiträgen und Steuermitteln werden im Fonds gepoolt und an die Krankenkassen auf Basis von Pauschalbeträgen und unter Berücksichtigung des RSA ausgezahlt. Krankenkassen, die mit diesen Mitteln nicht auskommen, können **Zusatzbeiträge** erheben. In diesem Fall haben die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht und können die Kasse wechseln. Erwirtschaften die Kassen Überschüsse, können sie ihren Mitgliedern Beitragsrückerstattungen gewähren (Abb.5).

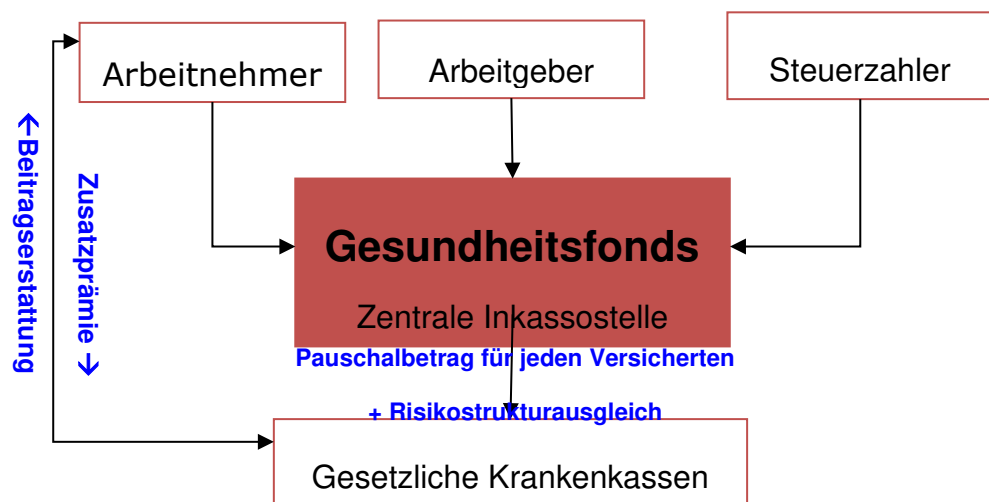


Abb 5: Der Gesundheitsfonds

8.6 Finanzierungsprobleme und Reformansätze der GKV

Die Finanzierungsprobleme der GKV sind weniger durch steigende Ausgaben, sondern durch ein Schwinden der Einnahmebasis bedingt. Während die Ausgaben etwa proportional zum BIP gewachsen sind, sind die Einnahmen nicht entsprechend gewachsen. In vielen Industrieländern ist festzustellen, dass die **Lohnquote** am **BIP** stetig abnimmt. In Deutschland sind zwischen 1995 und 2011 die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV nur um 20% gestiegen, während das BIP je Einwohner mehr als 40% zunahm (Sozialpolitik aktuell 2017). Dies bedeutet, dass der Anteil der Einkommen aus Löhnen und Gehältern gegenüber den Kapitaleinkommen (aus Aktien, Wertpapieren, Mieten) in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen hat.

Relevante Teile des Einkommens werden, anders als bei allgemeiner Besteuerung aller Einkommensarten, nicht zur Finanzierung der Sozialversicherung herangezogen.

Zwangsläufig wird die Finanzierungslücke größer, mit der Folge, dass die von Löhnen und Gehältern abhängigen beitragsfinanzierten Mittel zunehmend durch Steuermittel ergänzt werden müssen.

Ein weiterer Nachteil besteht in der weit verbreiteten Annahme, Beiträge zur Sozialversicherung erhöhten die **Lohnnebenkosten**. Viele Politiker sind besorgt, dass steigende Lohnnebenkosten die Arbeitslosigkeit fördern und Standortnachteile im internationalen Wettbewerb mit sich bringen. Die ökonomischen Auswirkungen sind allerdings viel geringer als angenommen und machen beispielsweise in Deutschland nur einen geringen Anteil an den Produktionskosten aus.

Die strukturell bedingten Einnahmeprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung haben zu einer kontroversen Diskussion über zwei Reformvorschläge, die **Bürgerversicherung** und das **Gesundheits-prämienmodell**, geführt. Bei der Bürgerversicherung werden durch die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze alle Bürger*innen mit allen Einkommensarten in die Finanzierung der GKV einbezogen.



(V10) Video

Schauen Sie sich zur Vertiefung das folgende [Video](#) zur Bürgerversicherung an.

Im Modell der Gesundheitsprämie werden die Krankenversicherungsbeiträge von den Löhnen abgekoppelt und über einen einkommensunabhängigen, einheitlichen Beitrag, die sogenannte Kopfpauschale, entrichtet.



(A5) Aufgabe zur Vertiefung

Recherchieren Sie zu den folgenden Themen und diskutieren Sie die Ergebnisse:

1. Warum wird die Versicherungspflichtgrenze als ‚Friedensgrenze‘ zwischen GKV und PKV bezeichnet? Welche Haltung nehmen die politischen Parteien und Verbände der Selbstverwaltung in Bezug auf eine Abschaffung dieser Grenze ein?

2. **Recherchieren** Sie die Unterschiede zwischen der GKV und der PKV auch mit Blick auf die Vergütung der Leistungen.

Hinweise finden Sie u.a. in Simon: M. (2017). Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise S 263 ff und unter folgendem [Link](#).

9. Ambulante und stationäre medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung ist durch eine deutliche Trennung in zwei finanziell und administrativ getrennte Sektoren, die stationäre Behandlung durch Krankenhäuser und die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzt*innen, sogenannte „Vertragsärzt*innen“ gekennzeichnet.

Die komplexen Versorgungsstrukturen und –prozesse werden im Folgenden nur skizziert. Hinsichtlich detaillierter Darstellungen wird auf die empfohlene Literatur für das Selbststudium verwiesen.

9.1 Vertragsärztliche Versorgung

Vertragsärzt*innen sind qua Gesetz Mitglieder der **KVen**, die für die **Sicherstellung der ambulanten Versorgung** zuständig sind (§73 SGB V). Dies bedeutet, dass sie die fachgerechte Erbringung der ärztlichen Leistungen und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen in dem gesetzlich und vertraglich festgelegten Umfang zu gewähren haben. Dieser Sicherstellungsauftrag schließt die Notdienste, nicht jedoch die Rettungsdienste, die landesrechtlich geregelt werden, ein.

Um regionalen Ärzt*innenmangel oder eine Überversorgung zu vermeiden, wird der Bedarf an Vertragsärzt*innen im Rahmen der **Bedarfsplanung** nach Vorgaben des GBA, u.a. durch Zulassungssperren und finanzielle Anreize geregelt. Die Aufstellung der Bedarfspläne erfolgt auf regionaler Ebene durch die Landesausschüsse Ärzt*innen -Krankenkassen (§99 SGB V). Den zuständigen Landesbehörden und den Patient*innenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die Versorgung ist in einen **hausärztlichen und fachärztlichen Sektor** gegliedert. Die Mehrheit der Vertragsärzt*innen (67%) ist im fachärztlichen Sektor tätig. Dies hat zur Folge, dass in den Gremien der KVen häufig die Interessen der Fachärzt*innen oder einzelner gut organisierter Fachärzt*ingruppen dominieren. An der hausärztlichen Versorgung nehmen nicht nur Allgemeinmediziner teil, sondern auch Internisten und Gynäkologen, sofern diese sich für die Niederlassung im hausärztlichen Sektor entschieden haben. Die im Fachärzt*insektor tätigen Internisten sind hingegen meist für besondere Gebiete, wie Kardiologie, Nephrologie oder Gastroenterologie spezialisiert.

Die ambulante **psychotherapeutische Versorgung** wird überwiegend durch psychologische Psychotherapeut*innen und psychologische Kinder- und Jugendlichentherapeut*innen als Teil der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Das Antragsverfahren für Psychotherapie, die zugelassenen Therapieverfahren und -methoden sowie der Therapieumfang sind durch die Psychotherapie-Richtlinie des GBA festgelegt (sog. Richtlinienverfahren).

Die Gestaltung der Versorgungsstrukturen und die Honorierung der Vertragsärzt*innen erfolgt durch Gruppenverhandlungen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen KV und den Krankenkassen. Überwiegend

werden mit den Kassen **Kollektivverträge**, die für alle Ärzt*innen der jeweiligen KV gelten, abgeschlossen. Seltener sind **Selektivverträge**, welche die Krankenkassen nur mit einzelnen Ärzt*innengruppen vereinbaren. Die kollektivvertraglich ausgehandelte Gesamtvergütung wird, getrennt für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich, an die jeweilige KV gezahlt. Diese verteilt das Gesamthonorar nach gesetzlichen Vorgaben und einem vereinbarten Honorarverteilungsmaßstab auf die einzelnen Vertragsärzt*innen.

Für Versicherte besteht **freie Ärzt*inwahl**, die Konsultation von Fachärzt*innen ist grundsätzlich auch ohne hausärztliche Überweisung möglich.

Die Vertragsärzt*innen sind nicht nur die primäre Anlaufstelle für Patient*innen, sondern im vertragsärztlichen System finden auch die häufigsten Kontakte zum Gesundheitswesen statt. Die relativ hohe Zahl der Ärzt*inkontakte wird durch einen kleinen Anteil von Patient*innen, die eine intensivere Versorgung, z.B. bei chronischen Krankheiten oder am Lebensende benötigen, stark beeinflusst (Rattay et al. 2013).

Die zentrale Bedeutung der Vertragsärzt*innen im Versorgungssystem, wird vor allem auch durch die von ihnen **veranlassten Leistungen** deutlich, deren Kosten etwa das Vierfache des eigenen Honorars ausmachen. Vertragsärzt*innen verordnen beispielsweise Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, Rehabilitation, Heilmittel und häusliche Krankenpflege. Sie üben durch ihr Ordnungsverhalten eine Kontrolle über den Zugang zu diesen Leistungen aus (Gatekeeper-Funktion) und können für unwirtschaftliches Verhalten in Regress genommen werden, wenn sie die durchschnittlichen Ordnungs-Richtgrößen ihrer Fachgruppe ohne stichhaltige Begründung überschreiten.

Ursachen von **Versorgungsdefiziten** im ambulanten Bereich sind u.a. inadäquate Anreizsysteme, die Dominanz des fachärztlichen Sektors gegenüber der Allgemeinmedizin, sowie eine unzureichende Qualitätssicherung, die zu einer erheblichen Behandlungsvarianz, vor allem bei chronischen Krankheiten, führt. Ein wesentliches Ziel der Reformen der letzten Jahre ist eine Stärkung der Allgemeinmedizin.

Hierdurch sollen die psychosoziale Betreuung und das Fallmanagement bei komplexen chronischen Erkrankungen verbessert werden. Die Reformen sollen außerdem durch eine verbesserte Honorierung und Bedarfsplanung dem Ärzt*innenmangel in strukturschwachen Regionen entgegenwirken.

Reflexionsimpuls 1.9

Welche Erfahrungen haben Sie in ihrer beruflichen Praxis mit Versorgungsdefiziten im vertragsärztlichen Bereich gemacht?

Reflektieren Sie über Probleme und Lösungsansätze, die sich aus der Kooperation mit Vertragsärzt*innen und deren Verordnungspraxis in ihrem jeweiligen Berufsfeld ergeben.

9.2 Stationäre Versorgung

Die stationäre Akutversorgung wird durch 1956 Kliniken erbracht. Definitionsgemäß sind dies ärztlich geleitete Einrichtungen die ständig verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Fachpersonal vorhalten, und die für die Unterbringung und Verpflegung von Patient*innen geeignet sind (§107 SGB V). Zugelassen zur Behandlung von GKV Versicherten sind nach §108 SGB V:



- die Hochschulkliniken (Kliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes),
- Krankenhäuser die in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen wurden Die Zulassung als „Plankrankenhaus“ ist die häufigste Zulassungsart
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen geschlossen haben. Von dieser Möglichkeit wird nur sehr eingeschränkt Gebrauch gemacht da die GKV generell von einer Überversorgung mit Krankenhausbetten ausgeht.

Die Krankenhauslandschaft gliedert sich nach Anzahl der angebotenen Fachrichtungen in Kliniken der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Krankenhäuser der Maximalversorgung sind Universitätskliniken oder andere hochspezialisierte Krankenhäuser, die alle notwendigen Fachrichtungen zur Versorgung von komplexen Behandlungsfällen, z. B. für polytrauma-

tisierte Patient*innen, vorhalten. Zu unterscheiden sind außerdem Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken, z. B. für Suchtkrankheiten, sowie Akutkrankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationskliniken. In einer Vereinbarung zwischen Berlin und Brandenburg wurde geregelt, dass Rehabilitationskliniken im Wesentlichen in Brandenburg und Universitätskliniken in Berlin vorgehalten werden.

Aufgrund des ambulanten Behandlungsmonopols der Vertragsärzt*innen, ist die **ambulante Behandlung** im Krankenhaus stark eingeschränkt und nur unter gesetzlich genau definierten Bedingungen gestattet, z.B. zur vor- und nachstationären Versorgung, für ambulante Operationen, für definierte hochspezialisierte Behandlungen oder zur Schließung von Versorgungslücken.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die **Trägerstruktur** der Krankenhäuser deutlich verändert. Zahlreiche Kliniken kommunaler und kirchlicher Träger wurden in eine private Trägerschaft überführt. Zurzeit werden 35% der Krankenhäuser von privaten und 35% von gemeinnützigen Trägern betrieben. Öffentliche Träger halten nur noch einen Anteil 30% der Krankenhäuser, verfügen aber über 48% der des Bettenangebots, während im privaten Bereich nur 18% und im gemeinnützigen Bereich 38% der Betten vorgehalten werden. Die **Krankenhausfinanzierung** basiert auf den Zuständigkeitsregelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG):



- Die Finanzierung der Investitionen für den Krankenhausbau und die Ausstattung erfolgt durch die öffentlichen Haushalte der Bundesländer. Nur Plankrankenhäuser haben einen Anspruch auf Finanzierung der Investitionskosten.
- Die Nutzerkosten, also die laufenden Betriebskosten einschließlich der Personalkosten, werden durch die Krankenkassen gedeckt.

Diese **duale Finanzierung** wurde 1972 eingeführt, um eine Unterfinanzierung der Investitionen durch den Einsatz staatlicher Mittel abbauen zu können. In-

zwischen ist jedoch ein erheblicher Rückstau bei den Investitionen eingetreten, da die Bundesländer Ihren Investitionsverpflichtungen nur unzureichend nachkommen.

Bis 1993 wurden die Benutzerkosten retrospektiv unter Zugrundelegung der jeweils im Vorjahr entstandenen Kosten erstattet. Diese nach dem **Selbstkostendeckungsprinzip** für jedes Krankenhaus individuell verhandelten Preise wurden nach einer Übergangszeit ab 2003 durch prospektiv vereinbarte, **leistungsorientierte Fallpauschalen** ersetzt, die auf landeseinheitlichen Durchschnittskosten/Behandlungsfall basieren. Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Fallkosten werden durch diese Finanzierungsmethode veranlasst, ihre Kosten zu senken. Die Fallpauschalen werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ([InEK](#)) das von der gemeinsamen Selbstverwaltung getragen wird, nach gesetzlichen Vorgaben des KHG auf der Basis von diagnosebezogenen Fallgruppen, den **Diagnosis-Related-Groups (DRGs)** kalkuliert.

Jede DRG-Fallpauschale bildet ein umfassendes Leistungspaket ab, das je nach Diagnose, beispielsweise alle chirurgischen oder konservativen ärztlichen Leistungen sowie die Pflege- und Unterbringungsleistungen einschließt.



(V11) Video

Schauen Sie sich vertiefend das Video [DRG: was bedeutet das?](#) an.

Ziel dieses komplexen Vergütungssystems ist es, durch landeseinheitliche Preise den Wettbewerb der Krankenhäuser zu fördern, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und eine Transparenz von Kosten und Leistungen herzustellen. Da die Krankenhäuser sich aus wirtschaftlichen Gründen an der festgelegten Verweildauer (VWD) für jeden Behandlungsfall orientieren müssen, besteht ein starker Anreiz zur Senkung der Krankenhaus-Verweildauer. Die Auswirkungen der Reformen der vergangenen Jahrzehnte, insbesondere die Einführung des DRG- Systems können an der Entwicklung der Kennzahlen des Krankensektors abgelesen werden:

Tabelle 3 Entwicklung der Krankenhaus-Kennzahlen (1990-2015)

	1990	2015	Änderung
Krankenhäuser	2.447	1.956	-20%
Krankenhausbetten	685.976	499.351	-27%
Belegungstage in Mio.	210,4	141,3	-33%
Verweildauer in Tagen	14,7	7,3	-50%
Fälle in Mio.	14,6	19,2	+32%

DKG Krankenhausstatistik 2017, eigene Darstellung

Zwischen 1990 und 2015 haben 20% Prozent der Krankenhäuser, überwiegend aus wirtschaftlichen Gründen, den Betrieb eingestellt. Im selben Zeitraum ist die durchschnittliche VWD im Akutbereich von 14,6 auf 7,3 Tage gesunken und die Zahl der stationären Behandlungsfälle um 32 % gestiegen (Tabelle 3). Diese Entwicklung hat erhebliche Konsequenzen für die Arbeit im Krankenhaus. Die gesunkene VWD hat zu einer Verdichtung der Arbeit und zu einer Verlagerung der Behandlung in andere Sektoren (ambulante ärztliche Behandlung, häusliche Krankenpflege, Rehabilitation) geführt.

Sie hat auch eine Änderung der Personalstruktur im Krankenhaus bewirkt. Die Anzahl der Ärzt*innen im Krankenhaussektor ist gestiegen, während die der Beschäftigten in der Pflege und in den therapeutischen Berufen gesunken ist. Die negativen Auswirkungen des Pflegepersonalmangels auf die Behandlungsqualität hatten zur Folge, dass In pflegeintensiven Krankenhausbereichen, verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollen (Wiebelitz-Spangenberg 2017).

Eine sinnvolle Pflege- und Therapieplanung muss sektorenübergreifend erfolgen, d.h. die Überleitung aus dem stationären Bereich in die anschließende Versorgung ist bedarfsentsprechend und rechtzeitig zu organisieren. Nach §39 SGB V sind die Krankenhäuser zu einem standardisierten **Entlassmanagement** verpflichtet, d.h. sie müssen den voraussichtlichen Bedarf für die erforderliche Anschlussversorgung durch ein multidisziplinäres Team im Krankenhaus schriftlich feststellen lassen, die notwendigen Maßnahmen frühzeitig

einleiten und die weiterversorgenden Vertragsärzt*innen oder Einrichtungen rechtzeitig informieren.

10. Die soziale Pflegeversicherung

Seit 1995 erfolgt eine eigenständige Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit über die soziale Pflegeversicherung. Vor diesem Zeitpunkt wurde die Langzeitpflege im Wesentlichen aus den Privatvermögen der Pflegebedürftigen oder falls dieses nicht möglich war, aus Mitteln der Sozialhilfe finanziert. Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung bewirkte eine deutliche Entlastung der Privatvermögen und der Sozialhilfeträger sowie eine verbesserte Infrastruktur und Qualität der Pflege.

10.1 Pflegegrade und Leistungen

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden entsprechend des vom [MDK](#) festgelegten Pflegegrades gewährt (§15 SGB XI). Die Einstufung in einen der Pflegegrade I-V, erfolgt seit 2017 unter Anwendung pflegfachlicher Grundsätze mit Hilfe eines Begutachtungsinstruments, nach der Schwere der individuellen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Bei der Ermittlung des Pflegegrades werden folgende Bereiche mit unterschiedlichen Gewichtungen berücksichtigt (Tabelle 4):

Tabelle 4: Module zur Ermittlung des Pflegegrads (§15 SGB XI und Anlage 2 SGB XI)

Modul	Gewichtung	Beispiele
Mobilität	10%	Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		Orientierung zu Zeit und Ort, Personen erkennen, Ereignisse erinnern,

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Zusammen 15%	Informationen verstehen, Risiken und Gefahren erkennen. motorische Unruhe, Ängste, Antriebslosigkeit, Wahnvorstellungen
Selbstversorgung	40%	Ernährung, Körperpflege, Ausscheidungen.
Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20%	Medikation, Wundversorgung, Besuche bei medizinischen und therapeutischen Einrichtungen
Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15%	Tagesablauf, Ruhen und Schlafen, sich beschäftigen, Interaktion und Kontaktpflege.
		GKV-Spitzenverband (2016) Eigene Darstellung

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden, dem Pflegebedarf entsprechend, als **häusliche, teilstationäre (Tages- oder Nachtpflege) oder stationäre Pflege** erbracht. Eine stationäre Kurzzeitpflege ist z.B. nach stationärem Aufenthalt bis zu acht Wochen/Jahr möglich. Bei Verhinderung von pflegenden Angehörigen, z.B., wegen Urlaub oder Krankheit, kann bis zu sechs Wochen/Jahr eine häusliche Verhinderungspflege gewährt werden.

Generell gilt auch in der Pflegeversicherung der Grundsatz, dass die häusliche und teilstationäre Betreuung gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen Vorrang haben soll.

Die Versicherten haben einen **Rechtsanspruch auf Leistungen**, wenn der Zustand der Pflegebedürftigkeit voraussichtlich mindestens sechs Monate andauert. Ebenso wie in der GKV gilt auch in der Pflegeversicherung das Notwendigkeits- Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29 SGB XI). Die Pflegekasse gewährt die Pflegehilfen entweder als **Sachleistung** (bei Versorgung durch zugelassene Pflegedienste), **oder Geldleistung** (wenn beispielsweise Angehörige die Pflege übernehmen). Eine Kombination beider Leistungsarten ist möglich (Tabelle 5).

Pflegebedürftige haben außerdem Anspruch auf notwendige technische Hilfsmittel (z.B. Rollstühle) und können Zuschüsse zu Pflegehilfsmitteln (bis zu 40€/Monat) erhalten. Zuschüsse zur Anpassung des Wohnumfeldes erfolgen nach §40 SGB XI subsidiär, d.h. nur wenn kein anderer Kostenträger zuständig ist. Sie dürfen 4.000 €/Maßnahme (16.000€, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen) nicht überschreiten.

Tabelle 5: Leistungsbeträge in der sozialen Pflegeversicherung, 2017

Pflege- grad	Ambulant		stationär
	Geldleistung	Sachleistung	Sachleistung
1			125
2	316	689	770
3	545	1298	1262
4	728	1612	1775
5	901	1995	2005

Alle Leistungsempfänger von häuslicher Krankenpflege, einschließlich der Personen mit Pflegegrad 1, erhalten darüber hinaus einen zweckgebundenen **Entlastungsbetrag** von 125 €/Monat. Dieser kann für Leistungen professioneller Pflegedienste und für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach §45a SGB XI, zum Beispiel für Hilfen im Haushalt oder zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, verwendet werden.

Darüber hinaus können häusliche Pflegeleistungen durch Vertragsärzt*innen verordnet werden, z.B. zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten aber nicht durchführbar ist. (§37, 1 SGB V) oder zur Sicherung der Ziele einer ärztlichen Behandlung (§37, 2 SGB V) Die Hilfen umfassen je nach Bedarf Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Leistungen. Sie können an jedem geeigneten Ort also nicht nur im eigenen Haushalt sondern auch in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten und bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erbracht werden.

10.2 Versorgungsarten und Trägerschaft

Der Bedarf an Pflegeeinrichtungen hängt nicht nur von der Entwicklung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit ab, sondern auch von zahlreichen weiteren angebots- und nachfragebezogenen Faktoren. Nachfrageseitig ist beispielsweise die Individualisierung von Wohn- und Lebensformen sowie die Zunahme von Single-Haushalten zu nennen.

Die Ablehnung stationärer Pflege und der Wunsch möglichst lange in der häuslichen Umgebung bleiben zu können, steigert die Nachfrage nach Alternativen zum Pflegeheim, z.B. nach selbstorganisierten Haus- und Wohngemeinschaften, Wohnpflegegruppen und Mehrgenerationenhäuser. Angebotsseitig spielt der Verlust sozialer Netzwerke, der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte, die Frauenerwerbsquote und das Verhältnis zwischen informeller Pflege (durch Angehörige) und formeller (Professioneller) Pflege eine wichtige Rolle. Ganz überwiegend findet die Pflege und Betreuung zu Hause durch Angehörige statt. Von den ca. 2 Millionen Pflegedürftigen in Deutschland werden 73% zu Hause und 27% vollstationär in Pflegeheimen versorgt. Zwei Drittel der ambulant Betreuten (1,38Mio.) werden durch Angehörige versorgt und nur ein Drittel gemeinsam mit Angehörigen und professionellen Pflegediensten oder ausschließlich von diesen. Die therapeutische Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Praxen erbracht.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden bewusst Anreize geschaffen, den Betrieb von Pflegeeinrichtungen für private Investoren wirtschaftlich tragfähig machen, mit dem Ziel die Zahl der Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und den Wettbewerb im Pflegesektor zu fördern.

Die meisten der 13.300 ambulanten Pflegedienste werden heute zu 65% von privaten Trägern betrieben und nur zu 33% von freigemeinnützigen Trägern, wie z. B. Diakonie oder Caritas. Bei den ca. 13.600 Pflegeheimen ist die Relation umgekehrt, 53% der Träger sind freigemeinnützig, 42% privat. Öffentliche Träger spielen in beiden Versorgungssektoren keine Rolle mehr; da entsprechend dem Subsidiaritätsgebot, die Kommunen keine eigenen Einrichtungen betreiben, wenn geeignete Angebote anderer Träger vorhanden sind. Grundsätzlich hat jeder Träger einen Rechtsanspruch auf Zulassung, wenn er die rechtlichen Voraussetzungen, beispielsweise im Qualitätsmanagement, erfüllt.

Die Pflegekasse darf Versorgungsverträge nur mit zugelassenen Einrichtungen, die „die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung erbringen“ (§72 (3) SGB XI). Der Vertragsabschluss erfolgt im Einvernehmen mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe. In der ambulanten Pflege gibt es eine Vielzahl der Vergütungsformen, die überwiegend auf Leistungskomplexsystemen beruhen. Eine Preisdifferenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.

In der stationären Pflege zahlt die Pflegeversicherung prospektive Pflegesätze für die Pflegeleistung sowie für die Behandlungspflege und soziale Betreuung. Außerdem erhält das Pflegeheim eine Bonuszahlung (zurzeit 2.952€), wenn ein Bewohner nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen nachhaltig in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft werden konnte (§87a SGB XI). Die Bewohner zahlen einen Eigenbeitrag (zurzeit im Bundesdurchschnitt 580€/Monat) sowie Unterkunft und Verpflegung nach den Sätzen, die mit der Pflegeversicherung vereinbart wurden.

10.3 Unterschiede zwischen GKV & Pflegeversicherung

Generell gilt der Grundsatz, dass die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt. Sowohl GKV- als auch PKV-Mitglieder sind pflichtversichert, es besteht eine gemeinsame Zuständigkeit von Verwaltung und Organen der jeweiligen Krankenkasse für die angegliederte Pflegeversicherung. Die Grundsätze der Familienversicherung der GKV gelten auch für die Pflegeversicherung.

Der Beitrag wird für alle Pflegekassen gesetzlich festgelegt und über das Lohnabzugsverfahren erhoben. Wie in der GKV sind in den Vereinbarungen mit der Pflegekasse Kollektiv- und Selektivverträge möglich, für die das Prinzip der Beitragssatzstabilität anzuwenden ist.

Aber es gibt eine Reihe von Unterschieden zur GKV:



- Bei den Leistungen der Pflegeversicherung handelt es sich um eine subsidiäre Grundsicherung. Es gilt also nicht das Bedarfsdeckungsprinzip, sondern es besteht eine „Teilkaskoversicherung“, die nur einen Teil der Pflegekosten abdeckt.

- Eine Bedarfsplanung für Pflegeheime und ambulante Pflegedienste ist nicht vorgesehen. Bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen haben Anbieter einen Rechtsanspruch auf Zulassung. Überkapazitäten werden also bewusst in Kauf genommen um den Versicherten bessere Wahlmöglichkeiten im Rahmen des Wettbewerbs zwischen den Einrichtungen zu geben.
- Der Einfluss von Interessenverbänden ist vergleichsweise gering. Die Sicherstellung der Langzeitpflege obliegt nicht der Selbstverwaltung, sondern den Pflegekassen. Der Staat kann Investitionen in Pflegedienste fördern, um die Anzahl der Einrichtungen in den jeweils gewünschten Versorgungsformen bedarfsgerecht zu steuern.

10.4 Defizite und Reformbedarf

Grundsätzlich hat die Einführung der Pflegeversicherung zu einer Entwicklung des Pflegemarktes, zu einer Verbesserung der Pflegeinfrastruktur und -qualität sowie zur Einführung neuer Pflegeformen geführt. Sie hat auch einen professionellen Schub für die Altenpflege bewirkt.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass den Pflegebedürftigen eine hohe Eigenleistung abverlangt wird. Sie führt dazu, dass nach wie vor viele Hilfeempfangenden von staatlichen Transferleistungen abhängig sind. Der Grundsatz ambulant vor stationär wird nur unzureichend umgesetzt, da Pflegeheime durch ökonomische Anreize stärker gefördert werden als häusliche Pflegedienste und alternative Wohnformen.

Beim Übergang zwischen Krankenhaus und Pflege und in der Zusammenarbeit mit den Vertragsärzt*innen bestehen nach wie vor Schnittstellenprobleme, die unzureichend gelöst sind.

Überdies hat sich an der abhängigen Stellung der Pflege von der Medizin, z.B. bei der Verordnung von häuslicher Krankenpflege und von Therapien wenig verändert.

Im Zuge der Reformen der letzten Jahre sind die Leistungen der Pflegeversicherung graduell verbessert worden. Die Sachleistungen und das Pflegegeld werden seit 2015 dynamisiert, d.h. sie werden regelmäßig an die wirtschaftli-

che Entwicklung angepasst. Die ambulante Pflege soll durch bessere Beratung, gezieltes Fallmanagement und die Förderung betreuter Wohnformen gestärkt werden. Seit 2017 gelten Pflegegrade, die den Grad der Selbständigkeit eines Menschen beschreiben, anstelle von Pflegestufen, die auf einem verrichtungsbezogenen Hilfebedarf in Minuten beruhen. Zwar wurde mit dieser Änderung eine bedeutende Reform vollzogen, der tatsächliche Betreuungsbedarf zum Beispiel bei Demenzzkranken, bleibt trotz der Leistungsausweitung für diesen Personenkreis, verbesserungsbedürftig. Eine ständige Aufgabe bleibt die Verbesserung der Pflegequalität. Als Maßnahmen der Qualitätssicherung wurden bereits 2009 unangemeldete Kontrollen des MDK und die Veröffentlichung von Prüfberichten eingeführt. Da die meisten Pflegedienste inzwischen die Note sehr gut erhalten, bestehen erhebliche Zweifel, ob die Pflegequalität mit den verwendeten Instrumenten valide gemessen wird (Krupp 2016).

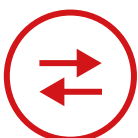


(10) e-tivity

Vergleichen Sie Bewertungen unterschiedlicher Anbieter im Bereich der Pflege. Hinweise finden Sie beispielsweise auf <https://www.pflege-navigator.de/>



Lesen Sie den Abschnitt 3 „ambulant betreute Wohngemeinschaften“ in Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., & Gräske, J. (2017). Ambulant betreute Wohngemeinschaften–Entwicklungen und Perspektiven. In: Evolution durch Vernetzung (pp. 77-92). Springer Fachmedien Wiesbaden. (S. PDF auf der Lernplattform)



Beantworten Sie folgende Fragen:

- Welches sind die Vorteile von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (WGs) im Vergleich zu anderen Pflegeformen?
- Was ist der Unterschied zwischen selbstbestimmten und trägergesteuerten WGs?
- Wie werden ambulant betreute WGs finanziell gefördert?
- Wie wird die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen (Pflege, Ärzt*innen, Therapeut*innen) organisiert?
- Wie sind die Outcomes von ambulant betreuten WGs im Vergleich zu anderen Pflegeformen?

11. Rehabilitation

11.1 Verfahren und Formen der Rehabilitation

In Deutschland absolvieren etwa zwei Millionen Menschen pro Jahr eine Rehabilitation. Von diesen sind ca. 60% jünger als 60 Jahre alt (Nowossadeck et al. 2014). Ziel der Rehabilitation ist die Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen von chronischen Erkrankungen und Unfällen, insbesondere Hilfen bei der Wiedereingliederung in Beruf und Alltagswelt. Zu unterscheiden ist zwischen **medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation** (Teilhabe) sowie unterschiedlichen Verfahren, insbesondere **ambulanter und stationärer Rehabilitation**. Auch hier gilt auch der Grundsatz, dass ambulante wohnortnahe Reha-Leistungen Vorrang vor stationären Aufenthalten in Reha-Kliniken haben sollen. Für Versicherte, die weder stationäre noch ambulante Reha-Einrichtungen aufsuchen können, gibt es die Möglichkeit der Rehabilitation durch mobile Teams (sog. **Mobile Rehabilitation**) im Wohnumfeld, auch im Pflegeheim. Diese Form der Rehabilitation wird vor allem im geriatrischen Bereich eingesetzt, ist jedoch noch wenig ausgebaut.

Die Outcomes sind in allen Settings (Pflegeheim, Kurzzeitpflege und im Privathaushalt) hinsichtlich des Zugewinns in der Selbstversorgungsfähigkeit vergleichbar (Pippel et al.2017).

In den letzten Jahrzehnten haben sich Rehabilitationsverfahren durchgesetzt, die bereits im Akutkrankenhaus beginnen (sog. Früh-Reha.) oder unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt als Anschlussheilbehandlungen (**AHB**) durchgeführt werden. Reha-Einrichtungen unterscheiden sich in ihrem Therapieangebot und in ihrer Arbeitsweise erheblich von Akutkrankenhäusern. Die Pflege spielt bei einer frühen Verlegung im Rahmen einer AHB zunächst eine wichtige Rolle, tritt aber im Reha-Verlauf in den Hintergrund. Die ärztliche Tätigkeit fokussiert auf sozialmedizinische Aspekte, Visiten finden nicht täglich statt. Bewegungstherapie (Physio- und Sporttherapie), Ergotherapie Logopädie werden je nach Bedarf eingesetzt und dominieren den Tagesablauf. Psychologische Beratung, Entspannungsverfahren, Ernährungsberatung, Gesundheitsbildung und Patient*innenschulungen sozialrechtliche und berufliche Beratung sowie arbeitsbezogene Maßnahmen ergänzen das Angebot.

11.2 Grundsätze der Rehabilitation und Träger

Im Grundsatz haben Rehabilitationsleistungen Vorrang vor der Gewährung von Pflegeleistungen oder Renten. Auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit sind Leistungen zur Rehabilitation möglich. Erschwert wird die bedarfsgerechte Umsetzung dieser Ziele durch ein Nebeneinander einer Vielzahl von Kostenträgern mit unterschiedlichen Zuständigkeiten (Abb 6):

Abb. 6: Reha-Leistungen und zuständige Träger (nach Dau et al 2012, eig. Darstellung)

Leistungen	Unfallvers.	Soziale Entschäd.	GKV	Rentenvers.	Bundesanstalt für Arbeit	Jugendhilfe/ Sozialhilfe
Medizinische Rehabilitation						
Berufliche Teilhabe						
Soziale Teilhabe						

Die Spitzenorganisationen der Reha-Träger arbeiten mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sowie Vertretern der Bundesländer, von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, sowie der KBV in der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation e.V. ([BAR](#)) zusammen. Die BAR erarbeitet auf der rechtlichen Grundlage des SGB IX Rahmenempfehlungen und Vereinbarungen, die ein möglichst einheitliches und bedarfsgerechtes Handeln der an der Rehabilitation beteiligten Akteur*innen fördern soll.

Die komplexen Zuständigkeiten während der unterschiedlichen Phasen eines Rehabilitationsprozesses seien am Beispiel der neurologischen Reha bei schwerem [Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall](#) verdeutlicht. Im Anschluss

an das auslösende Ereignis erfolgt die Akutbehandlung des schwer bewusstseingestörten Patient*innen im Krankenhaus (A) gefolgt von der Frührehabilitation in besonders zugelassenen Stationen (B). Beide Leistungsarten werden im Rahmen von DRGs durch die KVen vergütet. Ist der Patient hinreichend kooperativ, schließt sich die postprimäre Rehabilitationsphase an (C), die je nach Zuständigkeit durch die Rentenversicherung oder Krankenkasse finanziert wird. In dieser Phase ist der pflegerische Aufwand noch relativ groß. Mit erfolgreicher (Früh) Mobilisierung ist eine AHB möglich (D), gefolgt von Maßnahmen der beruflichen Teilhabe (E). Falls danach weiterhin pflegerische, unterstützende oder betreuende, und/oder den erreichten Zustand erhaltende Maßnahmen notwendig sind, erfolgen diese in der Phase F (Tabelle 6).

Tabelle 6: Phasen und Träger der Rehabilitation

	Phase	Rehaträger (Barthel-Index)	
A	Akutbehandlung	KK	
B	Frührehabilitation	KK (BI 0-35)	
C	postprimäre Rehabilitation	KK, RV (BI 35-65)	
D	AHB	KK, RV, (BI>65)	
E	Berufliche Teilhabe	RV, UV	
F	Pflege	Pflegekasse, Sozialhilfe	

BAR 1995, eigene Darstellung.

Es sind aber auch Verläufe nicht selten, bei denen eine Rehabilitation in den Phasen C-E nicht möglich ist, weil der Patient das Bewusstsein nicht wiedererlangt. In diesen Fällen schließt sich die Langzeitpflege (Phase F) unmittelbar an die Krankenhausbehandlung an. Die Zuständigkeit der jeweiligen Rehaträger wird in der Tabelle erläutert.

Der Barthel-Index ([Video Barthel Index](#)) gibt an, inwieweit der Patient in seinen Alltagsaktivitäten eingeschränkt ist (BAR1995).



Frageimpuls 1.10

Untersuchen Sie anhand der BAR-Empfehlungen, wie pflegerische und therapeutische Berufe in den verschiedenen Phasen der neurologischen Rehabilitation zusammenarbeiten können.

Informationen erhalten Sie unter folgendem [Link](#).

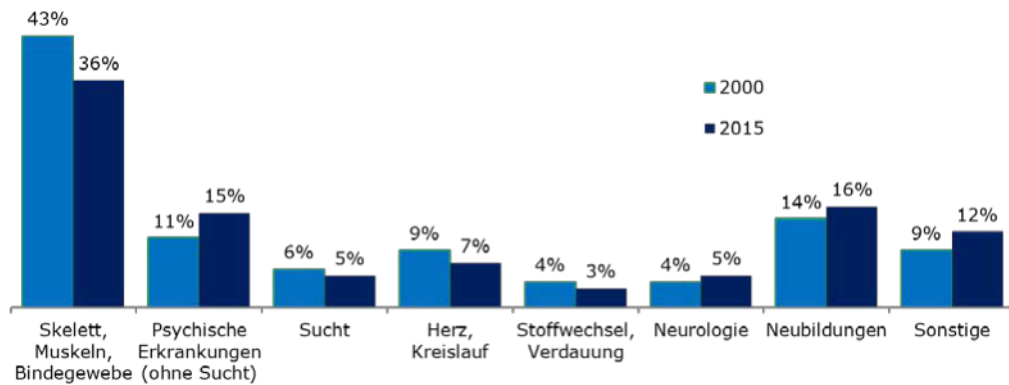
11.3 Die Gesetzliche Rentenversicherung

Die **gesetzliche Rentenversicherung** gewährt Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Teilhabe sowie zur Nachsorge, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und wenn sie durch diese Leistung wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. (§§ 9 und 10 SGB VI). **DRV** Die Antragsvoraussetzungen sind unter anderem eine Wartezeit von 15 Jahren oder von fünf Jahren bei drohender MdE. Bei Jugendlichen genügt es, innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherungspflichtige oder selbständige Tätigkeit aufgenommen zu haben.

Die Maßnahmen werden sowohl in trägereigenen Kliniken der Rentenversicherung als auch in Einrichtungen von Vertragspartnern durchgeführt. Der Grundsatz "ambulant geht vor stationär" wird jedoch nur unzureichend umgesetzt. Obwohl in vielen Fällen eine ambulante Reha möglich wäre, stagniert deren Anteil an den abgeschlossenen Verfahren bei 14%. Gründe liegen darin, dass Patient*innen den Aufenthalt in einer Reha-Klinik vorziehen. In vielen Fällen ist die tägliche, ganztägige Behandlung auch deshalb nicht durchführbar, weil das nächst gelegene ambulante Zentrum nicht in wohnortnah, d.h. unter 45 Minuten Fahrzeit, zu erreichen ist. Hingegen hat sich der Anteil der AHB seit 2000 von 21% auf 35% erhöht. Wesentlich häufiger als früher wird bereits während des Krankenhaus-aufenthaltes ein Rehabilitationsverfahren eingeleitet (DRV 2017).

Angesichts der sinkenden VWD im Akutkrankenhaus, haben die medizinischen und pflegerischen Aufgaben in der Anfangsphase der AHB zugenommen.

Abb 7.: Diagnosegruppen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener



DRV 2017, eigene Darstellung

Die Abbildung 7 zeigt die Veränderungen im Krankheitsspektrum zwischen 2000 und 2015. Auffällig ist der relative Anstieg von Reha-Verfahren bei psychischen Erkrankungen (ohne Sucht), während der Anteil bei den meisten somatischen Indikationen (z.B. Bewegungsapparat, Herz- und Kreislauferkrankungen) rückläufig ist. Die VWD liegt im Durchschnitt zwischen 22 und 24 Tagen. Sie ist jedoch bei psychischen und neurologischen Erkrankungen deutlich höher. Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation bieten die Rentenversicherungsträger Bildungsmaßnahmen, z.B. Umschulungen, zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit an. Versicherte können nach einer Reha-Maßnahme auch stufenweise, d.h. mit steigender Stundenzahl an die volle Arbeitsbelastung herangeführt werden. In diesen Fällen zahlt die Rentenversicherung ein Übergangsgeld als Lohnersatzleistung.

11.4 Die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)

Die **gesetzliche Unfallversicherung (GUV)** gewährt alle Formen der Rehabilitation. Sie ist in 26 gewerbliche Berufsgenossenschaften nach Branchen gegliedert und ausschließlich für **Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten** zuständig. Die Beschäftigten der Gesundheitsbranche sind in der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (**BGW**) versichert.

Ausgenommen hiervon sind Beschäftigte des öffentlichen Dienstes, die über die Eigenunfallversicherung, die [Unfallkassen](#) des jeweiligen Bundeslandes versichert sind. Bei Berufskrankheiten beziehen sich die häufigsten Verdachtsanzeigen im Gesundheitsbereich auf Hauterkrankungen (57%), gefolgt von Wirbelsäulenerkrankungen (22%) und Infektionskrankheiten (9%) (BGW 2017).



(V12) Video

Schauen Sie zur Vertiefung folgendes Video der [Unfallkasse Berlin](#).

Die Leistungen werden ausschließlich aus Arbeitgeberbeiträgen finanziert und umfassen Prävention, Behandlung und Rehabilitation. Die GUV ist die einzige Sozialversicherung, deren Beitragssätze im Laufe der Jahre gesunken sind, da durch präventive Maßnahmen die Zahl der Arbeitsunfälle reduziert wurde. Im Unterschied zur GKV betreibt die GUV eigene Kliniken zur Akutbehandlung und Frührehabilitation bei Unfällen, insbesondere auch zur Behandlung von Schwerst-Unfallverletzten mit Querschnittslähmung, schwerer Schädel-Hirnverletzung und Brandverletzungen.

Die meisten der Behandlungen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten findet jedoch in eigens hierfür zugelassenen Praxen und Kliniken statt. An der Behandlung dürfen nur Leistungserbringer*innen beteiligt werden, die besondere fachliche, personelle, apparative und räumliche Anforderungen erfüllen. Im ambulanten Bereich sind dies als Durchgangsarzt*innen (D-Ärzt*innen) zugelassene Vertragsärzt*innen (z.B. Unfallchirurgen, Haut- und Augenärzt*innen) aber auch Physiotherapeut*innen.

Die stationäre Behandlung wird, je nach Schweregrad des Unfalls, im Rahmen des Stationären Durchgangsarzt*inverfahrens, des Verletzungsartenverfahrens oder des Schwerstverletzungsartenverfahrens durchgeführt. Krankenhäuser, die sich an einem dieser Verfahren beteiligen und mit der GUV abrechnen möchten, müssen nachweisen, dass sie die jeweils erforderlichen Anforderungen erfüllen.

Die Maßnahmen zur Rehabilitation werden in eigenen Kliniken im Rahmen der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) oder in

Vertragseinrichtungen durchgeführt. Sie umfassen die medizinische Rehabilitation sowie Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Teilhabe. Ziel ist die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Maßnahmen sind zeitlich nicht begrenzt und schließen alle notwendigen Therapien, Pflege und Hilfsmittel ein.



(V13) Video

Schauen Sie sich zur Vertiefung bitte folgendes Video zum [Reha-Management der GUV](#) an.

Eine Besonderheit im Bereich der medizinischen Rehabilitation stellt die erweiterte ambulante Physiotherapie ([EAP](#)) dar, die in besonders ausgestatteten Zentren angeboten wird. Diese Therapieform wurde von der GUV aus der Rehabilitation von Leistungssportlern entwickelt und dient insbesondere dem muskulären Aufbautraining.

Es können bei Vorliegen der Voraussetzungen nicht nur Sachleistungen, sondern auch Geldleistungen, z. B. das Verletztengeld zur medizinischen Rehabilitation und das Übergangsgeld zur beruflichen Wiedereingliederung, gewährt werden (§27, §§39ff SGB VII). Solange Patient*innen in erheblichem Umfang hilfsbedürftig sind, wird ein Pflegegeld gezahlt (§44 SGB VII).

Für die Gewährung einer Rente, muss eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20% vorliegen.

Frageimpuls 1.11

Reflektieren Sie, inwiefern die Versorgungsstrukturen der GUV für andere Zweige der Sozialversicherung als vorbildlich gelten können.

11.5 Rehabilitation in der GKV

Die **GKV** bietet medizinische Rehabilitation an, „wenn Maßnahmen der kurativen Medizin nicht ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ (§ 11 Abs. 2 SGB V) [Rehabilitation GKV Spitzenverband](#).

Die Vorsorge- und Reha-Leistungen der GKV sind Pflichtleistungen, es besteht für alle Versicherte (auch für mitversicherte Familienangehörige und Pflegebedürftige) ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation.

Die Maßnahme wird vom Vertragsarzt*in verordnet, die Anträge werden stichprobenartig durch den MDK geprüft. Sie werden überwiegend in Einrichtungen freier Träger, z.B. auch als Vater-Kind oder Mutter-Kind-Kuren durchgeführt. Außerdem werden Reha-Sport und Funktionstraining im Rahmen der GKV finanziert.

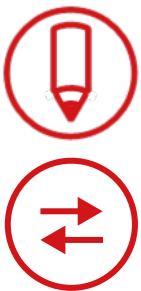
Die Höhe der Kostenübernahme und die Eigenbeteiligung hängt von den vertraglichen Vereinbarungen mit der Einrichtung und der Art der Maßnahme (z.B. ambulant oder stationär, Vorsorge oder Reha) ab. Versicherte haben die freie Wahl der Reha-Einrichtung aus allen im Rahmen der Qualitätssicherung zertifizierten Einrichtungen.

Eine besondere Rolle spielt angesichts der demografischen Veränderungen die geriatrische Rehabilitation. Wegen der zahlreichen unterschiedlichen Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen infolge der Multimorbidität, stellt besondere Anforderungen an die Qualifikation des beteiligten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals. Die Mindestqualifikationen für die Leitung (z.B. eine abgeschlossene Weiterbildung im Fach Geriatrie und mehrjährige Erfahrung in geriatrischer Teamarbeit) und die in einzelnen Therapiebereichen nachzuweisenden Zusatzqualifikationen (z. B. Therapiekonzepte auf neurophysiologischer Grundlage für Physiotherapie und Ergotherapie) sind in den Rahmenempfehlungen Geriatrie beschrieben. Um für die Versicherten erreichbar zu sein, muss Geriatrische Rehabilitation wohnortnah erbracht werden. Ambulante und stationäre Reha wird beispielsweise an Allgemeinkrankenhäusern mit geriatrischen Fachabteilungen angeboten. Für Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen (zumeist Demenz) ist das Konzept der mobilen Rehabilitation entwickelt worden, bei der die Leistungen im gewohnten Umfeld erbracht werden (Seger et al. 2016). In Studien konnte nachgewiesen werden, dass diese Maßnahmen sowohl in stationären als auch ambulanten Pflegesettings eine erhebliche Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit erbracht haben.

In den Behandlungsteams wurden die meisten Therapieanteile von Physio- und Ergotherapeut*innen, gefolgt von Logopäden und Pflegefachkräften erbracht (Pippel et al 2016, Meinck et al 2017). Gleichwohl bestehen noch erhebliche Defizite bei der flächendeckenden Umsetzung dieser Angebote (Klier 2017).

Frageimpuls 1.12

Beschreiben Sie die Outcomes und regionale Varianz von unterschiedlichen Formen der geriatrischen Rehabilitation bei Oberschenkelhalsfraktur. Lesen Sie hierzu: [Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse](#) von Augurzky B., Hentscher, C., Pilny, A., und Wübker A. Krankenhausreport (2017) Band 4, Barmer.



(11) e-tivity

Informieren Sie sich über Indikation, Teamzusammensetzung, Ablauf und Outcomes der mobilen Rehabilitation, z.B. beim [VDEK](#) und Pippel, K., Meinck, M., & Lübke, N. (2016). Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1-7.

Recherchieren Sie nach entsprechenden Themen-Einträgen in den sozialen Medien (z.B. Twitter):

(z.B. <https://twitter.com/hashtag/fallsrisk?src=hash>

<https://twitter.com/hashtag/gldsensorsweek18?src=hash>)

Diskutieren Sie in Ihrer *interprofessionellen Kleingruppe* den Einsatz mobiler Rehabilitationsteams in Pflegesettings.

Veröffentlichen Sie dazu einen Diskussionsbeitrag und kommentieren Sie mindestens zwei andere Beiträge.

11.6 Weitere Träger der Rehabilitation

Weitere Rehabilitationsträger sind die Arbeitslosenversicherung, sowie die Träger der Jugendhilfe und der Sozialhilfe. Im Rahmen der [Eingliederungshilfe](#) finanzieren die **Sozial- und Jugendämter** Leistungen für Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen, um deren Selbstbe-

stimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (SGB IX; § 1). Diese Ausgaben machen 50% aller Ausgaben für Rehabilitation aus. Die größten Anteile werden für die Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere für anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen aufgewendet, gefolgt von Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Medizinische Rehabilitationsleistungen treten demgegenüber in den Hintergrund.

Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, am Arbeitsleben und an der Bildung werden auch durch Träger der sozialen Entschädigung und durch Integrationsämter gewährt. Die Bundesagentur für Arbeit erbringt hingegen ausschließlich Leistungen zur beruflichen Teilhabe für Arbeitssuchende.

11.7 Trägerübergreifende Beratung

Für die Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung sind trägerübergreifende, **gemeinsame Servicestellen** vorgesehen (§22 SGB IX). Der jeweils zuständige Träger ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs sowie für die Einleitung, Ausführung und Anpassung der Reha-Leistungen verantwortlich. Bei Beteiligung weiterer Träger: übernimmt dieser die Steuerungsverantwortung bis zum Leistungsbeginn durch den nachfolgenden Träger.

Obwohl diese Verpflichtung bereits seit 2001 besteht, hat sich in der Praxis bislang kein einheitliches Verfahren zur Feststellung und Planung des Hilfebedarfs durchgesetzt. Die resultierenden Streitigkeiten zwischen den Trägern und Mehrfachbegutachtungen können zu erheblichen Verzögerungen führen, die den Rehabilitationserfolg gefährden. Hierunter leiden vor allem Menschen mit Behinderungen, für die bis zu acht verschiedene Träger zuständig sein können. In Anpassung an die UN-Behindertenrechtskonvention soll im Rahmen des [Bundesteilhabegesetzes](#) ab 2017 das **Bedarfsfeststellungs- und Teilhabepflanverfahren** sukzessive vereinfacht und verbessert werden (Schubert et al. 2016).



(V14) Video

Im Folgenden finden Sie zur Vertiefung ein Video zum neuen [Bundesteilhabegesetz](#).

Beispielsweise sind Hilfen dann nicht mehr von der jeweiligen Wohnform (stationär, teilstationär oder ambulant), sondern ausschließlich vom individuellen Hilfebedarf abhängig.

In Ergänzung zu den bestehenden Angeboten sollen Beratungsstellen entstehen, in die Menschen mit Behinderungen, nach dem Prinzip des **Peer Counseling**, ihre Erfahrungen und Kompetenzen einbringen und die von Reha-Trägern und Leistungserbringer unabhängig sind. Das gegliederte System mit jeweils unterschiedlichen Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger (siehe Tabelle 7) und die Gesamtausgaben für die Hilfen sowie die Abhängigkeit der Hilfgewährung vom subsidiären Fürsorgerecht bleiben jedoch unverändert.

Tabelle 7: Rechtliche Zuständigkeit der Träger der Rehabilitation

	RV	KV	UV	Jugend-/Sozialhilfe
Rechtliche Grundlage	§10 SGB VI	§27/40SGB V	§26 SGB VII	§53 SGB XII, §26 SGB IX
Abwendung von	Erwerbsunfähigkeit	Behinderung, Pflegebedürftigkeit	Gesundheitsschäden durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	Drohender Behinderung und von Behinderung und deren Folgen
Zuständigkeit	Vorrangig gegenüber KV	Nachrangig gegenüber RV	ausschließlich	Nachrangig gegenüber allen anderen Trägern

Wenngleich die neuen Bestimmungen im Rahmen der lernenden Gesetzgebung durch begleitende Evaluation laufend verbessert werden sollen, bestehen Zweifel, ob die Maßnahmen für eine nachhaltige Inklusion von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen ausreichen werden (Wersig 2016, Schulte 2016).

Trotz der Bemühungen, die Teilhabe und Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Betroffenen zu verbessern, bestehen angesichts der Träger- und Finanzierungsvielfalt weiterhin erhebliche Schnittstellenprobleme. Diese sind bei Maßnahmen zur Teilhabe besonders ausgeprägt, bestehen aber auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, z.B. beim Übergang aus der akutmedizinischen Versorgung in die Rehabilitation oder zwischen Rehabilitation und Pflege.

Ebenfalls kritisch zu sehen ist die in weiten Teilen noch unzureichende wissenschaftliche Fundierung der Maßnahmen sowie fehlende wohnortnahe und ambulante Angebote.

Frageimpuls 1.13

Recherchieren Sie anhand von Beiträgen in den sozialen Medien (z.B. Twitter #nichtmeingesetz, #ability) die Sichtweisen von Menschen mit Behinderungen zum Bundesteilhabegesetz.

12. Heilmittel

12.1 Definition und Rechtsanspruch

Der etwas antiquiert erscheinende Begriff „Heilmittel“ schloss ursprünglich Hilfsmittel, wie Brillen oder Prothesen und bestimmte Arzneimittel ein. Erst mit Fortschreibung der Sozialgesetzgebung wurde in Deutschland der Begriff Heilmittel ausschließlich auf die Leistungen der therapeutischen Berufe angewendet.

Nach § 32 SGB V sind Heilmittel **physio-, sprach-, ergotherapeutische und podologische** Leistungen, die von Vertragsärzt*innen nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des B-GA verordnet werden. Sie werden von den Therapeut*innen **persönlich** erbracht, mit dem Ziel, eine Krankheit ausheilen zu lassen, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen abzumildern oder ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten (GBA 2016).



(12) e-tivity

Benennen Sie jeweils eine Maßnahme der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, die *in Ihrem Berufsfeld* angewendet wird.

Art und Umfang der verordnungsfähigen Heilmittel sind im **Heilmittelkatalog** des GBA als Anlage zur Heilmittelrichtlinie beschrieben. In besonderen Fällen ist auch eine ambulante Ernährungstherapie, z.B. bei Mukoviszidose als Heilmittel verordnungsfähig. Für Erkrankungen im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich besteht eine eigne Heilmittel-Richtlinie, die regelt, welche Heilmittel Vertragszahnärzt*innen verordnen dürfen (Stamm und Hoffmann 2017). Über die Bestimmungen des SGB V und XI hinaus, besteht auch ein Rechtsanspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln durch Träger der Rehabilitation und Eingliederungshilfe.

12.2 Leistungsausgaben und Berufsgruppen

Die Leistungsausgaben für Heilmittel sind in den letzten Jahrzehnten überproportional gestiegen. Sie betragen 2015 etwa 6,1 Mrd. € und machen damit 3% der GKV-Gesamtausgaben aus. Die Ursachen für die Kostensteigerung werden zwischen den Berufsverbänden und Krankenkassen kontrovers diskutiert. Sie werden zum einen auf den gestiegenen Behandlungsbedarf, zum anderen auf die steigende Zahl der Leistungsanbieter zurückgeführt (Oldenburg 2017, Barmer GEK2017).

Etwa 20% der GKV-Versicherten erhalten pro Jahr mindestens eine Heilmittelverordnung. Während die physiotherapeutischen Leistungen auf hohem Niveau stagnieren, haben die Leistungen von Ergotherapeut*innen und Logopä-

den deutlich zugenommen, Zum Beispiel erhält ein steigender Anteil von Kindern Verordnungen für Ergotherapie oder insbesondere vor Eintritt in die Grundschule, Sprachförderung.

Die Tabelle 8 zeigt die Verteilung der therapeutischen Berufe und deren Anteile an den Verordnungen und Heilmittelumsätzen. Die größte Gruppe sind die Physiotherapeut*innen, gefolgt von Logopäden und Ergotherapeut*innen. Letztere haben, gemessen an der Zahl der Praxen, einen relativ hohen Anteil an den Heilmittelumsätzen. Dementsprechend liegen die Durchschnittskosten einer Verordnung von Ergotherapie oder Logopädie mit über 300€ deutlich höher als bei Verordnung von Physiotherapie (118€), da diese weniger Behandlungseinheiten umfasst und in die Berechnung auch niedriger vergütete Leistungen, wie Wärmetherapie, einbezogen werden (Waltersdorf 2017).

Tabelle 8 Berufsgruppen nach Anzahl der Praxen, Anteil an den Heilmittelverordnungen und – umsätzen

	Anzahl der Praxen	Verordnungsanteil (%)	Umsatzanteil (%)
Physiotherapeut*innen	36339	84,4	72,7
Ergotherapeut*innen	8721	8,0	14,4
Logopäd*innen, Sprachtherapeut*innen, Pädaudiologen, Sprachheilbehandler*innen	9733	5,4	10,4
Podolog*innen	5000	1,8	2,5
Bademeister*innen und Masseur*innen	4787	0,4	

Nach Waltersbacher (2017), eigene Darstellung.

Ebenso wie für Pflegeeinrichtungen gibt es für therapeutische Praxen **keine Bedarfsplanung**. Therapeut*innen sind als Heilmittelerbringer zuzulassen, wenn sie die Anforderungen hinsichtlich der beruflichen Qualifikation und Praxisausstattung erfüllen sowie die mit den KVen getroffenen Vereinbarungen anerkennen.

Auffällig ist, dass der Zugang zu Heilmitteln regional sehr unterschiedlich ist. In den ostdeutschen Bundesländern einschließlich Berlin werden im Vergleich zum Bundesdurchschnitt Heilmittel wesentlich häufiger verordnet als in Nordrhein -Westfalen, Bremen oder Hessen (Waltersbacher 2017). Aus Sicht der Krankenkassen ist dies auf eine ungleiche Verteilung der Praxen aufgrund der fehlenden Bedarfsplanung zurückzuführen. Beispielsweise kommt in Nordrhein-Westfalen ein Physiotherapeut auf 2.137 Versicherte während in Brandenburg das Verhältnis einer zu 806 beträgt ([Barmer GEK](#) 2017.)

Reflexionsimpuls 1.14

Reflektieren Sie die Positionen der Berufsverbände und Krankenkassen zur Kontroverse über die regionale Varianz therapeutischer Leistungen.

Reflexionsimpuls 1.15

Reflektieren Sie die Vor- und Nachteile einer Bedarfsplanung für therapeutische Berufe.

12.3 Verordnung von Heilmitteln

Die Verordnungs-Richtgrößen für Heilmittel werden aufgrund der erwarteten Ausgaben jährlich von der gemeinsamen Selbstverwaltung Ärzt*innen- Krankenkassen festgelegt. Auf dieser Basis treffen die Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer Vergütungsvereinbarungen für die jeweilige Berufsgruppe. Für die Jahre von 2017 bis 2019 wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für den Heilmittelbereich vom Bundesgesetzgeber aufgehoben.

Art und Umfang der Therapien werden vom GBA für die jeweiligen Indikationen im Heilmittelkatalog festgelegt. fest. In der Regel können in der Physikalischen Therapie maximal 6 bzw. 10 Einheiten und in der Logopädie und Ergotherapie 10 Einheiten verordnet werden. Folgeverordnungen sind möglich, aber an die festgelegte Gesamtverordnungsmenge für die jeweilige Indikation gebunden. Darüberhinausgehende Verordnungen sind von der Krankenkasse zu genehmigen.



Zur Vertiefung finden Sie unter folgendem [Link](#) weiterführende Informationen betreffend Heilmittelverordnungen.

Ein wesentlicher Kritikpunkt liegt darin, dass die Heilmittelrichtlinie die therapeutischen Möglichkeiten zwar umfassend beschreibt, diese aber durch die Vertragsärzt*innen aus Unkenntnis oder Angst vor Regress nicht ausgeschöpft werden (Oldenburg 2017).

Nicht zuletzt wegen der Proteste von Patient*innenverbänden hat der Gesetzgeber deswegen ein vereinfachtes Verfahren für den **langfristigen Therapiebedarf** eingeführt. Bei einer schweren funktionellen oder strukturellen Schädigung mit fortlaufendem Behandlungsbedarf einfällt der Antrag an die Krankenkasse, wenn eine Behandlung von mindestens einem Jahr erforderlich ist und die Erkrankung vom GBA entweder in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufgeführt ist oder die Bedingungen eines besonderen Verordnungsbedarfs nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V erfüllt werden. In diesen Fällen entfällt auch die Wirtschaftlichkeitsüberprüfung der Vertragsärztin/ des Vertragsarztes wegen unwirtschaftlichen Ordnungsverhaltens.

12.4 Versorgungsdefizite und Reformbedarf

Die therapeutischen Berufe sind wie andere Leistungserbringer*innen auch an das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V gebunden. Die festgelegten Einschränkungen der Gesamt- und Einzeldauer sowie der Kombinationsmöglichkeiten von Therapien haben betriebswirtschaftliche Implikationen und beeinflussen die Versorgungsstruktur in hohem Maße. Insbesondere werden die zu knapp bemessenen Regelbehandlungszeiten kritisiert. Physiotherapeut*innen müssen beispielsweise innerhalb von 20 Minuten für Krankengymnastik nicht nur die Therapie durchführen, sondern auch einen individuellen Behandlungsplan aufstellen, dem Patient*innen beim Ausziehen und bei der Lagerung helfen, den Therapieverlauf dokumentieren und ggf. die erforderliche Nachruhe gewähren (Weiß 2012). Viele Praxen versuchen ergänzende Finanzierungsquellen zu erschließen, indem sie sich spezialisieren, den Anteil an Privatpatient*innen erhöhen, oder ihr Angebotsspektrum im Rahmen einer Heilpraktikererlaubnis erweitern.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die abhängige Stellung der therapeutischen Berufe gegenüber den Vertragsärzt*innen. Seit mehreren Jahren wird der Direktzugang zu Therapien diskutiert, oder zumindest die Möglichkeit, wesentliche Behandlungsentscheidungen vom Ärzt*in auf den Therapeut*innen zu verlagern. Mit der Einführung des sog. Blankorezepts hat der Gesetzgeber, zunächst im Rahmen von Modellvorhaben, die Möglichkeit geschaffen, dass die ausführenden Therapeut*innen eine größere Autonomie erhalten und Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen können. Die Diagnose und Indikationsstellung für die Verordnung liegen weiterhin beim Vertragsärzt*in. Nur zugelassene und besonders qualifizierte Therapeut*innen, die ihre Tätigkeit nicht als selbständige Heilkunde ausüben, dürfen an den bundesweiten Modellversuchen teilnehmen. Bisherige Studien zur Blanko-Verordnung zeigen positive Effekte für die Patient*innenversorgung und Wirtschaftlichkeit der Therapiegestaltung (Räbiger 2013, 2016). Gleichwohl sind diese Vorhaben weiterhin umstritten, bei der Ärzt*innenschaft wegen zu vager Haftungsbestimmungen, bei den Krankenkassen wegen einer befürchteten Ausweitung der Leistungsmengen bei Umsetzung in die Regelversorgung (Hillienhof 2016, Oldenburg 2017).



(A6) Aufgabe zur Vertiefung

Recherchieren und lesen Sie *Quo vadis Therapieberufe – wie sehen Physio- und Ergotherapeut*innen die Zukunft ihrer Berufe? Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung* von Ketels, G., Schön, G., van den Bussche, H., & Barzel, A. (2015). *Das Gesundheitswesen*, 77(11), e172-e178.

Reflektieren Sie:

1. Welche Handlungsfelder werden für Änderungen der Berufsausübung am häufigsten, welche weniger häufig genannt?
2. Welche Parallelen sehen sie zu den Pflegeberufen?
3. In welchen Ländern ist der Direktzugang zu Heilmitteln etabliert?
4. Welches sind die Limitationen dieser Studie?

13. Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte

13.1 Arzneimittel

Arzneimittel werden zentral nach EU-Recht oder auf nationaler Ebene, durch das [BfArM](#), zugelassen. Bis in die 1970er Jahre mussten Arzneimittelhersteller in Deutschland nicht die Wirksamkeit, sondern nur die Unbedenklichkeit ihrer Präparate nachweisen. Als Folge der großen Arzneimittelskandale (Contergan, HIV-kontaminierte Blutprodukte) wurden die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes sukzessive verschärft und an internationale Standards angepasst. Allgemein gültige Zulassungskriterien sind die **Wirksamkeit und Unbedenklichkeit** des Arzneimittels, die mit kontrollierten klinischen Studien nachzuweisen ist. Ein weiteres Kriterium ist die konstante **Qualität** der Herstellung und, international unterschiedlich, als sogenannte vierte Hürde, die **Kosten/Nutzenrelation** des neuen Medikaments im Vergleich zu bestehenden Vergleichstherapien.

In Deutschland können die Pharmahersteller nach Markteinführung eines neuen Präparates den Preis, innerhalb bestimmter Regeln, für ein Jahr selbst festlegen. Sie haben dann die Möglichkeit eine **Nutzenbewertung** durch den GBA durchführen lassen.

Falls der **Patient*innenorientierte Zusatznutzen** gegenüber herkömmlichen Therapien bestätigt wird, folgen Preisverhandlungen mit der GKV, falls nicht, werden die Kosten nur zu einem niedrigeren Festpreis erstattet. Dieses 2011 mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführte Verfahren wird von den beteiligten Akteur*innen kontrovers diskutiert und von Kritikern, hinsichtlich des Ziels Innovationen zügig in der Versorgungspraxis umzusetzen, als verbesserungswürdig angesehen (Weegen et al 2016).



(V15) Video

Im Folgenden finden Sie 2 Videos zur Vertiefung betreffend des AMNOG.

1. [Zusatznutzen von neuen Arzneimitteln - Konsequenzen aus dem AMNOG](#)
2. [Der Wunsch nach mehr AMNOG](#)

Die **Arzneimitteldistribution** erfolgt über öffentliche Apotheken. Zu unterscheiden sind verschreibungspflichtige Medikamente (Umsatzanteil 85,6%) und Medikamente zur Selbstmedikation (7,7%), die auch als *over-the counter* (OTC)-Medikamente bezeichnet werden und sowohl apothekenpflichtige als auch freiverkäufliche Medikamente umfassen. Zu 77% werden Generika verordnet, die wesentlich preiswerter als Originalpräparate sind, da sie erst nach Beendigung des 15-jährigen Patentschutzes des Originalpräparates den auf den Markt kommen. Gleichwohl sind die Arzneimittelkosten (36,9 MRD im Jahre 2015) in den letzten Jahren deutlich stärker als die Gesamtausgaben der GKV gestiegen. Patentgeschützte Präparate, insbesondere gentechnisch hergestellte Biologika, machen einen deutlichen Anteil an den Preissteigerungen aus.

Das SGB V sieht zahlreiche Maßnahmen vor, um die Arzneimittelkosten zu begrenzen:



- Die Gesamtkosten werden durch die Vereinbarung von Ärzt*ingruppen-spezifischen und fallbezogenen **Richtgrößen** für das Volumen der je Vertragsärzt*in zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arzneimittel von der Selbstverwaltung Ärzt*innen- Krankenkassen beeinflusst (§ 84 Abs. 6 SGB V). Die vereinbarten Richtgrößen sind die Grundlage von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Vertragsärzt*innen.
- Es bestehen **Festbeträge** für Gruppen von Arzneimitteln mit denselben oder ähnlichen Wirkstoffen oder mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung (§35 SGB V). Ist der Verkaufspreis des Arzneimittels höher als der Festbetrag, tragen die Versicherten die Differenz entweder selbst, oder sie erhalten ein therapeutisch gleichwertiges Präparat ohne Aufzahlung. Die GKV beeinflusst die Erstattungspreise außerdem durch **Rabattverträge** die von den Krankenkassen gemeinsam mit den Herstellern ausgehandelt werden und durch **Parallelimporte** aus Ländern in denen das Preisniveau für Arzneimittel niedriger als in Deutschland ist.

- **Negativlisten** legen fest, welche Arzneimittel nicht verordnungsfähig sind. Dazu gehören zum Beispiel Medikamente für Bagatellerkrankungen, nicht apothekenpflichtige Arzneimittel sowie Lifestyle Medikamente. Apothekenpflichtige aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente sowie homöopathische oder anthroposophische Medikamente können unter bestimmten Voraussetzungen verordnet werden. Die Einführung einer **Positivliste** mit Medikamenten, die zu Lasten der GKV verordnet werden können, ist mehrmals am Widerstand der Pharmaindustrie gescheitert.

Initiativen zum **rationalen Verordnungsverhalten** sollen den Verbrauch von unwirtschaftlichen oder in ihrer Wirkung zweifelhaften Medikamenten zurückdrängen. Die Krankenkassen weisen regelmäßig auf das Einsparpotenzial hin, wenn anstelle der Originalpräparate wirkungsgleiche Generika und Biosimilars verordnet würden (Barmer GEK 2017a)

Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass die bloße Verordnung eines Arzneimittels nicht ausreicht, um **Therapieadhärenz** zu erzielen, sondern von überzeugenden und verständlichen Informationen zu dessen Risiken und Nutzen begleitet sein muss. Schätzungen zufolge landen zwischen 10 und 50% aller Arzneimittel ungenutzt im Müll, weil die Informationen des Beipackzettels von den Patient*innen als verunsichernd oder angsteinflößend empfunden werden (Geraedts 2014).

Mit zunehmendem Alter steigt der Arzneimittelverbrauch an. Während 60 bis 70-jährige durchschnittlich drei Arzneimittel einnehmen, liegt der durchschnittliche Verbrauch bei über 80-jährigen bei vier Arzneimitteln. Diese **Polymedikation** kann zu einem erheblich erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko führen, insbesondere wenn alten Menschen **potenziell inadäquate Medikamente (PIM)** verordnet werden. Die Verordnung von PIM ist zwar rückläufig, stellt aber, insbesondere auch in Settings der Langzeitpflege, immer noch ein erhebliches Problem dar (Marx et al. 2017, Neuner-Jehle 2017).

Reflexionsimpuls 1.16



Recherchieren Sie im Internet weitere aktuelle Probleme des Gebrauchs von Arzneimitteln und Fehlentwicklungen des Arzneimittelmarktes, z.B. die Opioid-Krise in den USA, Versorgungsengpässe bei bestimmten Medikamenten, Nichtentwicklung von Medikamenten bei geringer Patient*innenzahl (orphan drugs), Versorgung mit patentgeschützten Arzneimitteln in Entwicklungsländern.

Reflektieren Sie *jeweils Ursachen und Lösungsansätze*.

13.2 Hilfsmittel

Im sektoral getrennten System von Gesundheitsversorgung, Pflege und Rehabilitation werden Hilfsmittel je nach Zweig der Sozialversicherung unterschiedlich definiert.

Generell sind Hilfsmittel Produkte, die Funktionseinschränkungen ausgleichen und zu einer selbstbestimmten Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben beitragen sollen. Bei Unklarheiten, welcher Kostenträger für die Versorgung zuständig ist, können Hilfsmittelberatungsstellen; Pflegestützpunkte, Servicestellen der Reha-Träger oder unabhängige Beratungsstellen, z.B. von Selbsthilfeorganisationen in Anspruch genommen werden. Auch hier gilt, dass nach SGB IX zunächst ein Träger, bei dem das Hilfsmittel beantragt wurde, in Vorleistung treten und die Finanzierungszuständigkeit klären muss.

Hilfsmittel werden überwiegend durch die GKV finanziert, in wesentlich geringerem Umfang durch die gesetzliche Pflege- Unfall- und Rentenversicherung sowie durch staatliche Kostenträger oder die PKV.

Nach §33 SGB V haben GKV-Versicherte einen Rechtsanspruch auf Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind oder durch Rechtsverordnung von der Verordnung ausgeschlossen sind. Die Krankenkassen führen ein gemeinsames **Hilfsmittelverzeichnis**, das die von ihnen anerkannten

Produkte aufführt. [REHADAT Hilfsmittel](#). Das Verzeichnis stellt keine Positivliste dar, d.h. es können auch Hilfsmittel verordnet werden, die nicht auf dieser Liste stehen. Es wird fortlaufend auf Antrag der Hersteller von Hilfsmitteln erweitert und, teilweise auch durch die Rechtsprechung, ergänzt. Die Krankenkassen führen Ausschreibungen für Hilfsmittel durch, bei denen nicht nur der Preis, sondern auch definierte Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen sind.

Hilfsmittel werden ärztlich verordnet VIDEO: [Verordnung von Hilfsmitteln](#). Idealerweise geschieht dies in Abstimmung mit den jeweils beteiligten Therapeut*innen und Pflegefachkräften. Die Krankenkasse genehmigt die Verordnung unter Beachtung der Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sie prüft z.B., ob ein ähnliches Hilfsmittel einen gleichen oder besseren Nutzen erbringen könnte, oder ob aus Wirtschaftlichkeitsgründen ein Hilfsmittel aus dem vorhandenen Bestand genutzt oder leihweise überlassen werden kann. Die Krankenkasse kann im Einzelfall auch die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels durch den MDK prüfen lassen. Der Verordnungsanspruch und das -verfahren werden durch eine Richtlinie des GBA geregelt [Hilfsmittelrichtlinie](#).

Die Ausführung der Verordnung erfolgt durch Vertragspartner der Krankenkassen, z. B. Apotheken, Sanitätshäuser und das Gesundheits-handwerk (Orthopädietechniker, Hörgeräteakustiker, Optiker etc.). Besonders erfolgreich agieren große Hersteller und Sozialunternehmen, die nicht nur das Hilfsmittel liefern, sondern umfangreiche weitere Dienstleistungen anbieten, wie z.B. die Beratung der Patient*innen, die Schulung und Einweisung des Personals, bis hin zur systematischen Förderung der Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer*innen, zum Beispiel von Krankenhaus, häuslicher Pflege, Therapeut*innen und Hausärzt*in.

Von vertragsärztlicher Seite ist zu prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel der Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt. Oft werden Hilfsmittel nicht oder nicht adäquat genutzt, vor allem, wenn die Verordnung fehlerhaft oder Anpassung und Einweisung unzureichend waren. Aus diesem Grund ist eine individuelle, an den Alltag angepasste Einübung und Beratung durch qualifiziertes Fachpersonal erforderlich. Am Beispiel der Hilfsmittelversorgung wurden bereits 2001 auf zahlreiche strukturelle Versorgungsdefizite, insbesondere Hinweise für eine Über-, Unter-, und Fehlversorgung aufgezeigt (SVR 2001). z.B.:



- **Übersversorgung** in Fällen, in denen unzureichende oder ungeeignete Rollstühle verordnet werden, die den Belangen, z. B. der Wohnsituation von Betroffenen, nicht gerecht werden bzw. nicht adäquat angepasst werden,
- **Unterversorgung** bei der Verordnung von Hörgeräten für Schwerhörige aufgrund zu niedriger finanzieller Zuschüsse
- **Fehlversorgung** aufgrund falscher Verordnung von Hilfsmitteln wie Orthesen, und Gehhilfen und Rollstühlen, oder auch von Hörgeräten, wenn Patient*innen nicht mit dem Gerät umzugehen wissen und es deshalb auch nicht verwenden ('Schubladengeräte').



(13) e-tivity

Welche Beispiele für die Über-, Unter und Fehlversorgung mit Hilfsmitteln kennen Sie aus Ihrem eigenen Arbeitsfeld?



13.3 Medizinprodukte

Zwar sind viele Hilfsmittel auch Medizinprodukte aber nicht alle Medizinprodukte sind Hilfsmittel. Laut **Medizinproduktegesetz**, das auf der EU Richtlinie 93/42/EWG basiert, sind Medizinprodukte Gegenstände, die vom Hersteller zur Anwendung beim Menschen für gesundheitliche Zwecke bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung überwiegend auf physikalischem Weg erreicht wird. Insofern unterscheiden sie sich von Arzneimitteln, die eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Hauptwirkung haben. Ebenso wie Arzneimittel werden sie jedoch direkt am oder im menschlichen Körper angewendet.

Zu unterscheiden sind aktive Medizinprodukte, die energetisch betrieben werden, z.B. ein elektrisch betriebenes Gerät, und nicht-aktive Produkte, wie Nahtmaterial oder OP- Instrumente). Je nach Risiko werden Medizinprodukte in vier Klassen eingeteilt. Die meisten Hilfsmittel und Medizinprodukte gehören der geringsten Risikostufe I an. Zu Klasse IIa (mittleres Risikopotenzial) gehören beispielsweise Dentalmaterialien, Hörgeräte und Einmalspritzen. In

Klasse IIb sind Produkte mit erhöhtem Risikopotenzial eigeordnet, z. B. Beatmungs- und Anästhesiegeräte. Klasse III umfasst Produkte mit besonders hohem Risikopotenzial, z.B. [Herzkatheter und Gelenkimplantate](#) (REHADAT 2017).

Alle Medizinprodukte müssen ein CE-Zeichen tragen. Dieses wird erteilt, wenn eine schriftliche Konformitätserklärung vorliegt, die bestätigt, dass das Produkt die Gesundheits- und Sicherheitsanforderungen der EU Richtlinie 93/42/EWG erfüllt. Die CE-Kennzeichnung ist auch für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV relevant und gilt in diesem Zusammenhang als Nachweis der Funktionsfähigkeit und Sicherheit des Medizinprodukts (§139, 5 SGB V). Als Folge des Skandals um minderwertige Brustimplantate wurde die Überprüfung der Hersteller im Rahmen einer neuen EU-Verordnung verschärft, deren Bestimmungen ab 2020 in Kraft treten. Insbesondere werden für Produkte mit höherem Risikopotenzial, klinische Prüfungen vor und nach Markteinführung für die Hersteller verbindlich.

Im Rahmen der Konformitätsbewertung können sich die Hersteller auf die Einhaltung von DIN EN Normen berufen. Unmittelbar anwendbar ist die Norm DIN EN 12182, „Technische Hilfen für behinderte Menschen - Allgemeine Anforderungen und Prüfverfahren“, die sich direkt auf das MPG und die entsprechende EU Richtlinie (93/42/EWG) bezieht.

Wesentlich weiter gefasst ist DIN EN ISO 9999 „Hilfsmittel für Menschen mit Behinderungen.“ Das Internetportal REHADAT bietet nach dieser Klassifikation einen umfassenden Überblick über Produkte für Menschen mit Funktionseinschränkungen und Behinderungen, mit Verweisen auf das Hilfsmittelverzeichnis der GKV (REHADAT 2017). Diese Norm schließt auch technische Hilfen und Systeme ein, die keine Medizinprodukte sind, also nicht direkt im oder am menschlichen Körper wirken, z. B. Rampen, Aufzüge oder Kraftfahrzeuganpassungen. (REHADAT 2017).



Zur Vertiefung

Informieren Sie sich über *Chancen und Herausforderungen* des Einsatzes von technischen Assistenzsystemen.

Lesen Sie [Technische Systeme im Pflege- und Versorgungsmix für ältere Menschen: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung](#) von Haux, R; (2016) Deutsches Zentrum für Altersfragen (Ed.): Berlin.

14. Interprofessionelle Kooperation und besondere Versorgungsformen

Bereits seit vielen Jahren werden Mängel in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Sektoren im Gesundheitssystem beklagt, die negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. Gründe für Mängel der **berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit** sind u.a. getrennte Ausbildungsgänge, der Trend zur Spezialisierung, professionelle Abschottung sowie Unterschiede in den Fachsprachen, im sozialen Status und beruflichen Selbstverständnis. Das starke Hierarchiegefälle zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufen spielt auch eine bedeutende Rolle. Ursachen für Kooperationsmängel werden oft bei der jeweils anderen Berufsgruppe, z.B. bei den Ärzt*innen verortet, ohne die eigenen Defizite zu sehen (Hoppe 1998).

Ebenfalls kritikwürdig ist die historisch bedingte Fragmentierung des Gesundheitswesens in organisatorisch, rechtlich und finanziell **getrennte Versorgungssektoren**, deren Grenzen von den jeweiligen Akteur*innen verteidigt und nur gegen Widerstände überwunden werden können. Die Trennung von medizinischen, pflegerischen, sozialen und rehabilitativen Diensten hat zur Folge, dass notwendige Behandlungsabläufe nicht effizient gestaltet werden können. Dies wirkt sich vor allem auf die Qualität der Versorgung von chronisch Kranken aus, die notwendige Hilfen nicht zeit- und bedarfsgerecht erhalten. Die Folge dieser sektoriellen Trennung und der oft mangelnden berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sind **Schnittstellenprobleme** und zahlreiche Formen von **Über-, Unter-, Fehlversorgung** (SVR 2001).

Diese Mängel sind durch zahlreiche Einzelstudien und Übersichtsarbeiten belegt (SVR 2001, Wildner 2016, Rosemann et al. 2017, Squires 2017, Barber et al. 2017). Sie ergeben sich u.a. aus:



- Studien zur Häufigkeit und Notwendigkeit von Doppeluntersuchungen,
- der regionalen Varianz des professionellen Handelns und des Leistungsangebotes
- Untersuchungen zur ungerechtfertigten Leistungsausweitung als Folge von inadäquaten Vergütungsanreizen
- internationalen Vergleichen, die trotz hoher Ausgaben mittelmäßige Qualität der Behandlung von chronischen Erkrankungen und der Patient*innenzufriedenheit zeigen
- Behandlungsfehleranalysen, Fehlallokationsuntersuchungen sowie Studien zu rationalem Arzneimitteleinsatz,
- Analysen der Versorgungssituation benachteiligter Bevölkerungsgruppen



(14) e-tivity

Vergleichen Sie in Ihrer interprofessionellen Gruppe regionale Unterschiede für medizinische Interventionen anhand des [Faktenschecks der Bertelsmannstiftung](#).



Diskutieren Sie das Ausmaß der Unterschiede, Erklärungsansätze und Lösungsmöglichkeiten.

Auch aus Sicht der Patient*innen wird wahrgenommen, dass diese Struktur- und Prozessdefizite erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben). Betroffenenorganisationen kritisieren beispielsweise (SVR2001, Ludt et al 2014):



- die große Behandlungsvarianz bei chronischen Erkrankungen und das Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung.

- Die Dominanz der kurativen Akutversorgung, eine fehlende Präventionsorientierung und die Vernachlässigung psychosozialer Aspekte in Medizin und Pflege
- die unzureichende Information, Schulung und Partizipation von Patient*innen
- die unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker in der Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe.



(V16) Video:

Zur Vertiefung schauen Sie sich bitte folgendes Video mit [Gerd Glaeske](#) von der Universität Bremen an (insbesondere min. 1:29-7:02).

Die Ansätze zur Überwindung dieser Mängel können auf unterschiedlichen Handlungsebenen verortet werden:



- Das **Versorgungsmanagement (care management)** beabsichtigt eine bessere Abstimmung der Versorgungssektoren durch verbindliche und dauerhafte Kooperationsstrukturen und zieladäquate Anreizsysteme. Diese sollen die Allokationsfunktion über Sektorgrenzen hinweg verbessern und effizienter gestalten.
- Das **Fallmanagement (case management)** plant und koordiniert den Versorgungsbedarf im Einzelfall. Es sorgt insbesondere bei komplexem individuellem Versorgungsbedarf, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen oder schweren Unfällen dafür, dass Patient*innen, die jeweils notwendigen Hilfen und Versorgungsmöglichkeiten über Schnittstellen hinweg, bedarfs- und zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden.

Reflexionsimpuls 1.17

Das Beispiel eines umfassenden Versorgungsmanagements (Hilfsmittel, Therapien und Pflege), welche Elemente des Fallmanagements integriert, sei am Beispiel der ambulanten Versorgung von Patient*innen mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) erläutert.

Lesen Sie zur Vertiefung: [AmbulanzPartner–multiprofessionelles und internet-unterstütztes Versorgungsmanagement bei der ALS.](#) Meyer, T., Grosskreutz, J., Münch, C., Maier, A., Meyer, R., Kettemann, D., & Grehl, T. (2013). Klinische Neurophysiologie, 44(02), 159-166.

Arbeiten Sie für sich heraus:

- a) Welches sind die Aufgaben des Ambulanzpartner-Versorgungsnetzwerks?
- b) Wie werden die Dienstleistungen von Ambulanzpartner von den Patient*innen bewertet?
- c) Wie funktioniert das Geschäftsmodell der Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH?

Case Management ist eine seit vielen Jahrzehnten in Krankenversicherungen, Sozialämtern, Jugendämtern und Job Centern etablierte Methode, die Leistungsverwaltung effektiver und effizienter zu gestalten. Im Gesundheitswesen erfolgen diese fallbezogenen Koordinierungsaufgaben vorwiegend im hausärztlichen Bereich, wenngleich die Intensität und Qualität der Aufgabenwahrnehmung oft als unzureichend kritisiert wird. Ein **Fallmanagement durch nichtärztliche Berufsgruppen**, wird zwar oft gefordert und als Gegenstand von Weiterbildungsveranstaltungen angeboten, hat sich aber trotz des bestehenden Bedarfs nicht generell in der Regelversorgung durchsetzen können. Besondere Hoffnungen, dass sich Methoden des Fallmanagements stärker in der Praxis etablieren, sind mit der Akademisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe verbunden.

Gleichwohl werden in einigen Bereichen bereits Methoden des Fallmanagements eingesetzt, beispielsweise zur besseren Gestaltung von sektorübergreifenden Versorgungsprozessen in der Psychiatrie. Im SGB IX ist explizit ein Fallmanagement für die Koordination des Pflegebedarfs durch Pflegestützpunkte vorgesehen (§7a SGB IX). Im Krankenhaus findet ein Fallmanagement im Rahmen des standardisierten Entlass-Managements statt (§39 SGB V). Besonders hervorzuheben ist das Instrument des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe von Menschen mit Behinderungen, die von den Sozial- und Jugendämtern wahrgenommen wird (§§ 53 ff SGB XII).

Als Reaktion auf die beschriebenen Qualitätsmängel der Versorgung sind zahlreiche Projekte entstanden, die eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der Leistungserbringer*innen zum Ziel haben. Zunächst werden Formen der Kooperation betrachtet, die innerhalb oder zwischen Einrichtungen stattfinden, ohne dass spezielle sozialrechtliche Normen zu erfüllen sind. Danach, die auf sozialrechtlichen Vorgaben beruhenden sogenannten **besonderen Versorgungsformen** (§140a SGB V).

14.1 Einrichtungsinterne interprofessionelle Kooperation

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich Modelle der Kooperation zwischen Pflege und Therapieberufen herausgebildet, bei denen **einrichtungsinterne Teambildungsprozesse** eine wichtige Rolle spielen:



- Im Rahmen des Konzepts der **therapeutischen Gemeinschaft**, sind in psychiatrischen Einrichtungen seit vielen Jahren Pflegefachkräfte und Funktionstherapeut*innen (u.a. Physio- Ergo- Musiktherapeut*innen, Sozialarbeiter) unter Supervision an Therapieprogrammen für ausgewählte Patient*innengruppen fallführend beteiligt (Jordan et al 2011). Interprofessionelle Behandlungsteams mit transparenten Kommunikationswegen sind auch die tragende Idee des Weddinger Modell der Charité, in denen alle beteiligten Berufsgruppen gleichberechtigt zusammenarbeiten, und die Patient*innen über die eigene Therapie mitbestimmen (Jeschke 2015)
- In der neurologischen Rehabilitation hat sich das **interprofessionelle 24-Stunden – Konzept** bewährt (Nusser-Müller- Busch 2015). Dieses bedeutet nicht, dass ununterbrochen Therapien stattfinden, sondern dass alle beteiligten Berufsgruppen mit Angehörigen und Bezugspersonen so zusammenarbeiten, dass therapeutische Prinzipien und Vorgehensweisen bei allen Pflegemaßnahmen und Alltagsverrichtungen beachtet werden. Alle am Team Beteiligten (Pflege, Ergo-, Physiotherapeut*innen, Logopäden, Psychoneurologen.) erweitern ihre jeweilige professionelle Kompetenz und sind durch entsprechende Fortbildung in der Lage, die

jeweils notwendigen therapeutischen und pflegerischen Techniken anzuwenden.

- In konservativ-orthopädischen Kliniken arbeiten Therapeut*innen Pflegekräften in interprofessionellen Teams, die auf flachen Hierarchien und gegenseitiger Wertschätzung beruhen.

Auch im **ambulanten Versorgungsbereich** besteht die Notwendigkeit einer besseren Zusammenarbeit zwischen therapeutischen Berufen, Pflege und Ärzt*innen. Angehörige dieser Berufsgruppen sehen Potenziale der **interprofessionellen Zusammenarbeit** vor allem in einer Verbesserung der fragmentierten und unkoordinierten Behandlungsabläufe bei chronisch Kranken. Kooperationsziele sind unter anderem ein verbesserter Informationsaustausch sowie die Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung sowie einer gezielten Beratung und Prävention (Seeling 2010).

14.2 Einrichtungsübergreifende Kooperation und Vernetzung

Kooperations- und Vernetzungsprojekte werden überwiegend von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, von selbständigen Angehörigen der Gesundheitsberufe und von Patient*innenverbänden initiiert. Sie dienen nicht nur der Qualitätsverbesserung der Versorgung, sondern berücksichtigen meist auch wirtschaftliche Ziele der beteiligten Leistungserbringer*innen.

Größere Träger von Gesundheitsdiensten bieten gute Voraussetzungen für eine **einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit**. Häufig übernehmen größere Krankenhausträger eine Führungsrolle in der Entwicklung von interprofessionellen Behandlungszentren, deren spezielle Kompetenzen den beteiligten Leistungserbringer im Einzugsgebiet zur Verfügung stehen. In der onkologischen Versorgung sind besondere Fortschritte in der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Einrichtung von **Organkrebszentren und onkologischen Zentren** erzielt worden. Von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte onkologische Zentren müssen beispielsweise umfangreiche Krite-

rien einer interprofessionellen, an den psychosozialen Bedürfnissen der Patient*innen orientierten, Versorgung erfüllen (Geraedts 2014). Die Outcomes von Patient*innen mit akutem Schlaganfall wurden durch zertifizierte regionale und überregionale **Stroke-Units** ebenfalls deutlich verbessert. Diese basieren auf einer interprofessionellen Zusammenarbeit und ständiger Verfügbarkeit von spezialisierten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Diensten, teilweise unter Einsatz von mobilen Teams und telemedizinischen Verfahren. Von zentraler Bedeutung sind **regelmäßige Teambesprechungen**, in denen die unterschiedlichen Sichtweisen aller beteiligten Berufsgruppen unter gegenseitiger Wertschätzung diskutiert und gemeinsame Entscheidungen getroffen werden (Bäuerlein et al 2017). Gleichwohl bestehen häufig Defizite in der späteren ambulanten wohnortnahen Behandlung der Patient*innen durch erfahrene Fachärzt*innen und Therapeut*innen, da die erforderliche interprofessionelle Versorgung bei bestehender Pflegebedürftigkeit sich bislang nicht ausreichend durchgesetzt hat (Wallesch 2015).

Ein weiteres Beispiel der Vernetzung sind Trägerverbände, die sowohl ambulante und stationäre Behandlung als auch Rehabilitation und Pflege anzubieten und sektorübergreifende Behandlungskonzepte innerhalb der eigenen Einrichtungen realisieren können. Ähnliche Formen der integrierten Leistungserbringung setzen sich auch in der Pflege durch. Überregionale Pflegekonzerne bieten ambulante, stationäre, teilstationäre Pflege, Intensivpflege, Therapien sowie Wohngemeinschaften und Betreutes Wohnen an. Sie sind damit in der Lage, je nach Bedarf der Nutzer*innen, Konzeptionen umzusetzen, die Wohnen, Pflege, Betreuung und Serviceleistungen unter einem Dach integrieren.

Kooperations- und Vernetzungsprojekte werden auch durch selbständige Angehörige der Gesundheitsberufe oder Patient*innenverbände initiiert. Die lokalen oder regionalen Zusammenschlüsse sind oft als Vereine organisiert und können unter bestimmten Voraussetzungen durch die KVen oder KVen gefördert werden.

Im vertragsärztlichen Bereich bestehen Ärzt*innennetze seit den 1990er Jahren, mit dem Ziel die Qualität und Effizienz der Patient*innenversorgung durch praxisübergreifende Kooperation zu verbessern. Die Netze variieren nach Anzahl der Mitglieder und Art und Umfang der Aktivitäten. Sie umfassen beispielsweise lokale Qualitätszirkel oder Einkaufsgemeinschaften ebenso wie

regionale indikationsbezogene Zusammenschlüsse zur besseren Behandlung von bestimmten Krankheiten. Ärzt*innennetze *können* nach den Richtlinien der jeweiligen KV zertifiziert werden (Gabriel 2017).

Als Beispiel für **Netzwerke der therapeutischen Berufe** sei [PhysioNetzwerk](#) genannt, ein fachspezifischer Zusammenschluss von Praxen, Rehazentren und Kliniken mit dem Ziel die Qualität der Physiotherapie zu verbessern.

Das Netzwerk bietet seinen Partnern eigene Therapiesysteme an, entwickelt gemeinsame Marketingstrategien, vermittelt Patient*innen an Partnerpraxen und führt gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durch (Deemter 2012).

In regionalen Netzwerken zur Behandlung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen arbeiten FachÄrzt*innen, Therapeut*innen, Pflegefachkräfte und Sozialarbeiter, mit Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen eng zusammen. Netzwerke, die unter Beteiligung von [Selbsthilfeorganisationen](#) initiiert und koordiniert werden, erzielen im Vergleich zur Regelversorgung bessere Outcomes, weil die Dienste stärker auf die Bedürfnisse der Patient*innengruppe ausgerichtet sind. (Peter et al 2016, Bönisch 2017).

Beispielsweise nutzen Patient*innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen, die in einer Selbsthilfegruppe organisiert sind, die Therapien, Funktionstraining und Fördermöglichkeiten der sozialen Teilhabe häufiger als nicht organisierte Patient*innen (Mattukat 2014).

Pflegenetzwerke dienen der regionalen Vernetzung von Pflegeeinrichtungen mit Kooperationspartnern des Gesundheits- und Sozialbereiches, kommunalen Einrichtungen und der Selbsthilfe. Pflegenetzwerke können von der Pflegekasse nach §45c SGB XI anteilig gefördert werden. Beispielhaft sei der [Qualitätsverbund Netzwerk im Alter- Pankow e.V.](#) genannt, dessen Mitglieder u.a. in der Versorgung von SchlaganfallPatient*innen, auf der Grundlage eines abgestimmten Versorgungskonzeptes, zusammenarbeiten (QVNIA 2017)

Ein weiteres Beispiel sind regionale [Netzwerke für Demenzkranke](#). Forschungsergebnisse zeigen, dass die selbstorganisierte Vernetzung zwischen Trägern der Pflege, Therapeut*innen, Sozialdiensten und Selbsthilfegruppen die Versorgung verbessern und pflegende Angehörige entlasten kann. Die intensive Zusammenarbeit trägt auch zur Versorgungssicherheit und besseren

sozialen Integration von Betroffenen bei (Gräske et al. 2016, Wolf-Ostermann et al 2017).

14.3 Weiterentwicklung der Versorgung durch Modellvorhaben

Zahlreiche Innovative Leistungsarten der GKV wurden vor bundesweiter Einführung in Modellversuchen erprobt. Modellversuche können nach §63ff SGB V von den Krankenkassen durchgeführt oder mit Leistungserbringer vereinbart werden, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patient*innenversorgung zu verbessern. Sie sind zeitlich befristet und müssen durch eine wissenschaftliche Begleitforschung evaluiert werden. Für Versicherte ist die Beteiligung freiwillig. Durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen sollen durch nachzuweisende Einsparungen ausgeglichen werden. Zahlreiche Standardleistungen der Krankenkassen wurden vor Einführung in Modellversuchen erprobt, z.B. Zum Beispiel ambulantes Operieren, Akupunktur, Palliativversorgung, oder Diabetes-Diagnostik in der Schwangerschaft.

Die bereits erwähnten **Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung** (§64d SGB V) und zur **Pflege** (63 SGB V) sehen die Übertragung von sonst Ärzt*innen vorbehaltenen Tätigkeiten vor, soweit es sich nicht um eine selbständige Ausübung der Heilkunde handelt. Modellvorhaben der Pflege können die Verordnung von Pflegehilfsmitteln und die inhaltliche Ausgestaltung und Dauer der häuslichen Krankenpflege vorsehen. Im Bereich der Physio- und Ergotherapie sind Modellvorhaben zur Übertragung der Entscheidung über die Auswahl der Therapien sowie deren Dauer und Frequenz möglich.

Neben den Modellvorhaben im Rahmen der GKV, werden **Forschungs- und innovationspolitische Initiativen und Projekte** in erheblichem Umfang auch unmittelbar durch den Bund, die Länder und die EU gefördert.



- Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (**BMBF**) finanziert beispielsweise Projekte der Gesundheitsforschung, mit dem Ziel wissenschaftliche Erkenntnisse, insbesondere zur Behandlung häufiger Volkskrankheiten, schneller in die Versorgungspraxis umzusetzen. Innerhalb des Aktionsfeldes **Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie** werden u.a. Studien zur Nutzenbewertung neuer Versorgungsformen

und zur Prozessoptimierung von Versorgungsabläufen gefördert sowie der Aufbau von Forschungsstrukturen unterstützt (BMBF 2017).

- Das Land Niedersachsen fördert beispielsweise das Projekt [ROSE – das Lernende Gesundheitssystem](#) im Rahmen des Gesundheitscampus der Universität Osnabrück. Das Ziel ist auch hier, in einer regionalen Partnerschaft von Akteur*innen der Wissenschaft, der Gesundheitsversorgung und der Politik, innovative Versorgungskonzepte zu erproben und die Latenzzeit bei der Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis zu verkürzen. Durch den Ansatz einer *Forschung in und mit der Praxis* sollen die gewonnenen Ergebnisse nach den Prinzipien des „Learning Health Care System“, unmittelbar von der Hochschule in die Versorgungspraxis transferiert werden (Hübner et al. 2016).
- Die **EU** fördert zahlreiche Initiativen auf forschungs- und innovationspolitischem Gebiet. Im aktuellen [Programm Horizonte 2020](#) der EU wurden vor allem die Fördermöglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Alterung der Bevölkerung erweitert. Konzepte für Gesundheitsversorgung, Pflege und Betreuung sind ebenso Gegenstand der Förderung wie Technologien und Dienste zur Unterstützung aktiven Alterns und der eigenständigen Lebensführung (NKS 2017).

14.4 Besondere Versorgungsformen (§140a SGB V)

Im Rahmen des SGB V sind in den letzten Jahrzehnten zahlreiche sektorübergreifende Kooperationsmöglichkeiten geschaffen worden, die zur Unterscheidung von der Regelversorgung, als **besondere Versorgungsformen** bezeichnet werden.

Diese beruhen auf **Selektivverträgen**, welche die Krankenkassen mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern abschließen. Das Ziel der vereinbarten Maßnahmen ist die Kostensenkung (bei gleicher oder besserer Qualität) durch Anwendung von Managementprinzipien, die oft gleichzeitig eine stärkere Kontrolle über die Erbringung und Inanspruchnahme der Leistungen ermöglichen. Das systematische Versorgungsmanagement und die verbesserte Kooperation der Leistungsanbieter sollen dazu beitragen, die bestehenden Struktur-

und Prozessdefizite zu überwinden. Sie sollen die Leistungssektoren vernetzen und organisatorische Hindernisse für eine interprofessionelle Versorgung abbauen.

Die gesetzlichen Regelungen für Selektivverträge wurden seit 1997 in mehrfach erweitert. Die Verträge geben den Krankenkassen die Möglichkeit innovative Versorgungsformen zu vereinbaren, die noch nicht Bestandteil der Regelversorgung, also des kollektivvertraglich geregelten Versorgungsgefüges, sind (Schäfer-Walkmann und Traub 2017). Selektivverträge für besondere Versorgungsformen nach §140a SGB V unterliegen folgenden Bestimmungen:



- Sie dürfen nur mit **berechtigten Partnern** abgeschlossen werden. Dazu gehören zugelassene Leistungserbringer*innen (auch Angehörige therapeutischer Berufe), deren Gemeinschaften, Pflegeeinrichtungen, Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten, sowie KVen und Pflegekassen.
- Die Verträge können sektor- und fachübergreifende **IV-Modelle** oder, innerhalb des vertragsärztlichen Sektors, **besondere ambulante Versorgungsaufträge**, regeln.
- Reine **Managementverträge** für die Erbringung von Organisationsleistungen sind möglich.
- Eine von der Regelversorgung abweichende Vergütung der Leistungserbringer*innen ist möglich. Die **Wirtschaftlichkeit** des Vorhabens muss innerhalb von vier Jahren nach Vertragsbeginn nachgewiesen werden.
- Die **Versicherten** müssen einer Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform schriftlich zustimmen.

Im Rahmen des Innovationsfonds können die Krankenkassen, auf Beschluss des GBA, neue Versorgungsformen mit bis zu 300 Mio. € jährlich unterstützen. Diese Finanzierungsmöglichkeit wurde geschaffen, weil integrative und Patient*innenzentrierte Versorgungsmodelle bislang nur zögerlich umgesetzt wurden. Nach Schätzungen nehmen bislang nur etwa 10 % der Bevölkerung an derartigen Versorgungsformen teil (Geraedts 2014)

14.5 Gestaltung und Funktionsweise von IV-Modellen

Beispielhaft seien die Gestaltungsmöglichkeiten von IV- Modellen im Rahmen von 140a SGB V dargestellt. Ganz allgemein versteht man unter integrierter Versorgung eine zielgerichtete, an den Bedürfnissen der Patient*innen orientierte Zusammenarbeit von organisatorisch und finanziell eigenständigen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen über die bestehenden Schnittstellen hinweg (Mühlbacher 2002). Derartige Modelle sind zwar seit dem Jahr 2000 möglich, werden aber erst nach Gewährung einer Anschubfinanzierung in den Jahren von 2004 bis 2008 verstärkt umgesetzt.

Sie basieren auf Selektivverträgen, die in der Regel zwischen **einer** Krankenkasse und einer **Gemeinschaft von Leistungsanbietern** unterschiedlicher Sektoren geschlossen werden. Die bisherigen Verträge sind in erster Linie **indikationsbezogen** (z.B.: Gelenkersatz, Schlaganfall, Einsatz von Telemedizin bei Herzinsuffizienz), können aber auch **Teilpopulationen** (z.B. alle Versicherten über 70 Jahre) oder ganze **Fachgebiete** (z.B. Geriatrie, Urologie) umfassen.

Populationsbasierte Modelle, welche die gesamte Bevölkerung einer Region einbeziehen, sind seltener, sind aber wegen der großen Zahl der versorgten Versicherten besonders effektiv. Ein Beispiel ist das Projekt ‚[Gesundes Kinzigtal](#)‘ an dem 32 000 Versicherte der AOK und LKK Baden-Württemberg teilnehmen. Für dieses IV- Modell wurde in Langzeitstudien eine im Vergleich zur Regelversorgung bessere Versorgungsqualität und Patient*innenzufriedenheit, bei gleichzeitiger Kosten-Effektivität, nachgewiesen (Hildebrandt et al 2011, Pimperl et al. 2017).



(V17) Video

Zur Veranschaulichung finden Sie folgend das Video [Gesundes Kinzigtal](#).

Die Vergütung der Leistungsanbieter ist durch ein **kombiniertes Budget** möglich, das die Budgetanteile der einzelnen Leistungserbringer*innen zusammenfasst und aus dem die gemeinsamen Netzleistungen, z.B. die elektronische Patient*innenakte und das Management, finanziert werden können.

Generell sind funktionsfähige IV-Modelle so konstruiert, dass sie allen Beteiligten Vorteile bieten:



- Den Patient*innen, die eine bessere Versorgungsqualität, besondere Serviceleistungen oder einen finanziellen Bonus erhalten, wenn sie sich für eine Teilnahme entscheiden,
- Der Krankenkasse, die eine Qualitätssteigerung und Kostenreduzierung erwartet.
- Den Leistungsanbietern, die einen größeren finanziellen Spielraum und bessere Arbeits- und Vergütungsbedingungen erhalten und die an erzielten Einsparungen beteiligt werden.

Im Unterschied zur Regelversorgung ist diese Versorgungsform nicht an die organisatorischen und finanziellen Grenzen der einzelnen Sektoren gebunden. Sie bietet Leistungsanbietern und Kostenträgern einen wesentlich größeren Handlungsspielraum als die Regelversorgung. Darüber hinaus können **Managementgesellschaften** an der Gestaltung der integrierten Versorgung beteiligt werden. Diese agieren als Puffer zwischen Kassen und Leistungserbringer. Sie erbringen die notwendigen Investitionen als Vorleistung und übernehmen wirtschaftliche Risiken. Ihr Geschäftsmodell basiert darauf, dass sie an den im Modell generierten Einsparungen beteiligt werden. Sie organisieren die Versorgungsprozesse und -strukturen (z. B. die EDV und das gemeinsame Qualitätsmanagement), handeln Verträge aus und bezahlen die beteiligten Leistungserbringer*innen.

Oggleich eine Industriebeteiligung, an IV-Modellen in der Fachdiskussion umstritten ist, hat die Politik diese Möglichkeit eröffnet. Kritisiert wird, dass Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller als profitorientierte Unternehmen auf diesem Wege Einfluss auf die Gestaltung von Versorgungsprozessen nehmen können.



Zur Vertiefung

Lesen Sie als Beispiel eines populationsbasierten IV-Modells: Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal“ von Hildebrandt, H., Schmitt, G., Roth, M., & Stunder, B. (2011).

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105(8), 585-589.

14.6 Weitere Reformansätze

Besondere ambulante Versorgungsaufträge (§140a SGB V) Bereits seit den 1990er Jahren werden Selektivverträge im vertragsärztlichen Bereich als Instrument der Qualitätsverbesserung eingesetzt. Die bis 2015 als Strukturverträge bezeichneten Vereinbarungen sind weiterhin gültig und stellen einen besonders vergüteten Bereich der vertragsärztlichen Versorgung dar. Sie betreffen in erster Linie Verträge zum ambulanten Operieren, Vereinbarungen mit Praxisnetzen, oder für Patient*innen mit besonderem Behandlungsbedarf bei schwerwiegenden oder langdauernden Erkrankungen.

Weitere Versorgungsformen, die ebenfalls die Qualität und Effizienz der Behandlungsabläufe verbessern sollen, sind u. a.:



- **Disease-Management-Programme (DMP)** Diese strukturierten Behandlungsprogramme werden nach §137f SGB V indikationsspezifisch unter Anwendung von Therapieleitlinien und Verfahren des Schnittstellenmanagements auf Gruppen von Patient*innen mit derselben chronischen Krankheit angewendet. Die Teilnahme ist für Ärzt*innen und Patient*innen freiwillig. Eine wissenschaftliche Evaluation ist vorgeschrieben. Zurzeit bestehen vier strukturierte, sektorübergreifende Behandlungsprogramme, **für Asthma/COPD, Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit und Brustkrebs bei Frauen**. Beispielsweise werden Diabetes-Patient*innen im Rahmen des DMP nach vereinbarten Leitlinienstandards behandelt, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verzögern oder zu verhindern.

- Die bessere Behandlungsqualität dieser Programme im Vergleich zur Regelversorgung wurde nachgewiesen (Fuchs et al 2014, Laux et al 2015,

Hagen et al 2017).

- Die [Hausärzt*inzentrierte Versorgung HZV](#) (§73b SGB V) sieht eine Stärkung der Primärversorgung und Regulierung der Leistungsanspruchnahme vor. Patient*innen können sich freiwillig in ein Programm zur HZV ihrer Krankenkasse einschreiben. Sie müssen im Krankheitsfall immer erst den gewählten Hausärzt*in aufsuchen, der sie bei Bedarf an einen Fachärzt*in überweist. Ausgenommen sind Augenärzt*innen und Gynäkologen, die ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Durch dieses Gatekeeping soll die hausärztliche Versorgung gestärkt und unnötige Fachärzt*inbesuche und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Die KVen sind verpflichtet, Hausärzt*in-Programme anzubieten. Deren Wirksamkeit ist jedoch nicht abschließend evaluiert. Bisherige Studien zeigen, dass die HZV durch intensivere und teurere Leistungen im primärärztlichen Versorgungssektor charakterisiert ist, die jedoch mit niedrigeren Kosten in anderen Bereichen, zum Beispiel bei Krankenhauseinweisungen verbunden sind (Laux et al. 2015, Klora et al 2017).



(V18) Video

Zur Vertiefung betreffend der [Evaluation der HZV in Baden-Württemberg](#).



- Die **ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV)** ist für Patient*innen mit komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Krankheiten vorgesehen, deren Versorgung einer besonderen Qualifikation und interprofessionellen Zusammenarbeit bedarf. Zur ASV können sowohl Krankenzugelassen werden (§116b SGB V). Die ASV ist Sektor verbindend, da für die beteiligten Vertragsärzt*innen und KrankenhausÄrzt*innen die gleichen Finanzierungsbedingungen gelten. Sie unterliegt nicht der Krankenhausplanung, bedarf aber eines Antrages bei der zuständigen Landesbehörde.
- Das Versorgungskonzept für die zu behandelnden Erkrankungen (insbesondere seltene Tumorarten, Tuberkulose, Mukoviszidose) und die Qualifikationsanforderungen der beteiligten Ärzt*innen werden durch eine

Richtlinie des GBA festgelegt. Ersten Studien zu Folge, sehen die beteiligten Teams zwar einen deutlichen Zusatznutzen für die Patient*innen, kritisieren aber die bürokratische Umsetzung und das fehlende flächen-deckende Angebot der ASV (Froschauer-Häfele et al. 2017, Fricke 2017).

- Die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** umfasst koordinierte ärztliche und pflegerische Leistungen für Patient*innen mit begrenzter Lebenserwartung bei nicht heilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Ziel ist, durch eine umfassende Integration aller beteiligten Dienste die Betreuung im häuslichen oder familiären Bereich zu ermöglichen (§ 37b SGB V).
- **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)** sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzt*innen als Angestellte oder Vertragsärzt*innen tätig sind (§95 SGB V). Derartige Gesundheitszentren unterliegen den Finanzierungsbedingungen und der Bedarfsplanung des vertragsärztlichen Sektors. Sie können u.a. von zugelassenen Ärzt*innen, Krankenhäusern und gemeinnützigen Versorgungsträgern und, in besonderen Fällen, auch durch Kommunen gegründet werden. An der Trägerschaft der mehr als 2100 zugelassenen MVZ sind Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser zu jeweils 40% und andere gemeinnützige Träger zu 20% beteiligt. Die Einrichtungen werden vorwiegend in der Rechtsform einer GmbH oder GbR betrieben. Die meisten der ca. 14000 Ärzt*innen, die in einem MVZ arbeiten sind im Angestelltenverhältnis tätig. Für diese sind Teilzeitmodelle möglich und das Risiko von Praxisinvestitionen entfällt (KBV 2017).
- Als größere Gesundheitszentren bieten sie im Vergleich zur Einzelpraxis Synergien und Kostenvorteile durch professionelles Management und eine interprofessionelle Versorgung der kurzen Wege. Große Zentren haben das Potenzial, Vernetzungsstrategien mit Pflegediensten und Therapiepraxen unter einem Dach zu verwirklichen. Sie siedeln in ihren Räumen oft weitere Gesundheitsdienste an, wie beispielsweise Apotheken, Hilfsmittelerbringer oder soziale Beratungsangebote.

Im Unterschied zu Einzelpraxen, verfügen sie auch über die notwendigen Managementkapazitäten um sektorübergreifende Versorgungsprojekte selbst zu initiieren und zu organisieren. Sie bieten gute Voraussetzungen für die Teilnahme an IV-Projekten und stellen beispielsweise mehr als die Hälfte der ASV – Teams (Froschauer-Häfele 2017).

- Diesen Chancen stehen Risiken, z.B. durch Kosten für das Management des Zentrums und aufwändige Neuentwicklungen von EDV gegenüber. Der zunehmende Wettbewerb bei begrenzter Anzahl der Ärzt*insitze, kann die Akzeptanz der MVZ durch die niedergelassene Ärzt*innenschaft beeinflussen. Die Neugründung eines MVZ wird eher akzeptiert, wenn es Versorgungslücken schließt, ohne in Konkurrenz zu bereits etablierten Praxen zu treten.



Zur Vertiefung

Lesen Sie zur Vertiefung: Integrative und personenzentrierte Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des Gesundheitssystems von Geraedts, M. (2014). Das Gesundheitswesen, 76(11), e74-e78.

Literaturverzeichnis

Abel, T., & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 58(9), 923-929.

Accenture 2012. Connected Health: The Drive to Integrated Healthcare Delivery. 2012. http://nstore.accenture.com/acn_com/PDF/Accenture-Connected-Health-Global-Report-Web.pdf?zoom=50 (Zugriff 23.4.13.)

Albrecht, M., Isenbeck, F., Kasper, J., Mühlhauser, I., & Steckelberg, A. (2016). Evidenzbasiertheit von Telefonberatungen zu medizinischen und zahnmedizinischen Themen. Dtsch Ärztebl, 113, 22-23.

Amshoff, B., (2010). Medizinische Innovationen und ihre Auswirkungen. In: Rebscher, H./Kaufmann, S. (Hrsg.): Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 45-71

Bäuerlein, S., Spönlein, N., Lorenz, M., Joa-Laussen, C., Clauss, K., Fiedler, C., ... & Nusser-Müller-Busch, R. (2017). Pflege auf der Stroke Unit. Pflegewissen Stroke Unit: Für die Fortbildung und die Praxis, 129.

Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E., ... & Abd-Allah, F. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet.

Barmer GEK (2017). Heil und Hilfsmittelreport 2016. Analysen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung in Deutschland, Band 41. Herausg. Brechtel T., Kossack N. & Grandt D. <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/heil-und-hilfsmittelreport/report-2016-78498>

Zugriff am 27.8.2017

BAR. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1995). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patient*innen mit schweren und

schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. BAR Publikation, Frankfurt/Main.

Bauer H., (2009). Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die Versorgung aus Sicht des klinischen Alltags: Nicht-pharmakologische Interventionen (Chirurgie). Die Verwertung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Gesundheitspolitik. IQWiG Herbst-Symposium 2008: Nutzen und Schaden in der Medizin. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 103 (5), 371–377.

Beden M., (2017). Neues zur sektoralen Heilpraktikererlaubnis. B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 33(02), 81-82.

Berlin Partner. Health Metropole Berlin - Standort für die EMA (2017), Herausgeber Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, im Auftrag des Senats von Berlin.

Bernhagen, P. (2016). Lobbyismus in der Politikberatung. In Handbuch Politikberatung Falk, S., Glaab, M., Römmele A., Schober, H., Thunert T (Hrsg.). Springer Fachmedien, Wiesbaden.

BGW (2017) BGW-Jahresbericht 2016, Stand 06/2017 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Biebeler, H., & Lesch, H. (2006). Mitgliederstruktur der Gewerkschaften in Deutschland. IW-Trends–Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, 33(4), 45-58.

Blinkert, B. (2007). Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozeß des demographischen und sozialen Wandels. Pflege und Gesellschaft, (12), 227-239.

Bönisch, S. (2017). Stand der Forschung zum Nutzen von interorganisationalen Netzwerken. In Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen (pp. 33-57). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Bräuninger, D., Rakau, O., Böttcher, B., Just, T., & Mayer, T. (2010). Gesundheitswirtschaft im Aufwind. DB Research. Aktuelle Themen, 481.

Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J., & Öz, F. (2014). Arbeitsreport Krankenhaus: eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser (No. 306). Arbeitspapier, Arbeit und Soziales.

Brunnett, R. (2015). Die Hegemonie symbolischer Gesundheit: Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. transcript Verlag.

BMAS Rechengrößen der Sozialversicherung 2017, Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <http://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/bundeskabinett-beschliesst-sozialversicherungsrechengroessen-2017.html> Zugriff am 27.7,2017

BMBF Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017) Referat Gesundheitsforschung, Berlin. <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/Gesundheitsforschungsprogramm.php> Zugriff am 22.7. 2017

BVA (2008) So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf Zugriff am 7.7.2017.

BvR (2017) Das Tarifeinheitsgesetz ist weitgehend mit dem Grundgesetz vereinbar. Pressemitteilung Nr. 57/2017 vom 11. Juli 2017

Casparie AF., (1997). The Use of Outcome Assessment: The clinicians' concerns. International Journal of Health Planning and Management, Vol. 12, pp 15-27.

Cleaves PS., (1980). Implementation Amidst Scarcity and Apathy: Political Power and Policy Design, in M.S. Grindle (ed.) Politics and Policy Implementation in the Third World, pp. 281-303. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Colosio, Dario; Vollmar, Bernhard H., (2012). Die deutsche Healthcare-Branche im Jahr 2015: Zukunftsszenarien mit strategischen Implikationen, PFH Forschungspapiere/Research Papers, Private Fachhochschule Göttingen, No. 2012/03, Göttingen 2012.

Conrad P., (2007). The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Coombes, B. K., Connelly, L., Bisset, L., & Vicenzino, B. (2016). Economic evaluation favours physiotherapy but not corticosteroid injection as a first-line intervention for chronic lateral epicondylalgia: evidence from a randomised clinical trial. *British journal of sports medicine*, 50(22), 1400-1405.

Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (2000). The anatomy of health insurance. *Handbook of health economics*, 1, 563-643.

Dau, D., Düwell, F. J., & Haines, H. (2011). Sozialgesetzbuch IX–Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Baden-Baden Nomos.

Dautert, I. (2016). Beweislasten bei Aufklärungsmangel: Aufklärungsformular vs. persönliches Ärzt*in-Patient*innen-Gespräch. *GesundheitsRecht*, 15(4), 220.

Deemter, F. (2012). Rückentraining. Georg Thieme Verlag. Demmer, C., Henkel, R.C.: *Mitregieren, wo es wirklich spannend ist*. Der Tagesspiegel vom 7.3.2004.

Destatis (2015). Destatis Sozialgerichte - Fachserie 10 Reihe 2.7 – 2015

Deutsch, E., & Spickhoff, A. (2014). XV. Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärzt*innenkammern. In *Medizinrecht* (pp. 539-554). Springer Berlin Heidelberg.

DIMDI Health Technology Assessment. <http://www.dimdi.de/static/de/hta/>

Zugriff 30.5.17

DTP Deutsches Telemedizin-Portal, <http://telemedizinportal.gematik.de> Zugriff 05.07.2017.

Donabedian A: (1980). The Definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan Health Administrative Press, Vol 1.

Döpfner M. (2007) ADHS im internationalen Vergleich: Störungsbild, Behandlungsoptionen und ethische Aspekte. In Nationaler Ethikrat (Hrsg.), Tagungsdokumentation. Pillen fürs Glück? Über den Umgang mit Depression und Hyperaktivität. (S. 13-28). Berlin: Nationaler Ethikrat

Dreier, A., Rogalski, H., Oppermann, R. F., & Hoffmann, W. (2012). Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 106(9), 656-662.

Drummond M, Neumann P, Jönsson B, Luce B, Schwartz JS, Siebert U and Sullivan SD. (2012). Can we reliably benchmark health technology assessment organizations? International Journal of Technology Assessment in Health Care, 28, pp 159-165.

Drummond, M., & Towse, A. (2012). Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe?.

DRV (2017) Reha-Bericht Update 2016: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> Zugriff 20.8.2017.

Egger, M., & Razum, O. (Eds.). (2014). Public Health: Sozial-und Präventivmedizin kompakt. P299, Walter de Gruyter.

Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International journal of medical informatics*, 79(11), 736-771.

Ellencveig AJ., (1992): *Analysing health systems: a modular approach*. Chapter: Health systems – a critical analysis of existing and suggested methods. Oxford.

Fricke, A. (2017). Viel Bürokratie, wenig Ertrag—Ärzte hadern mit der ASV. *Uro-News*, 21(4), 66-66.

Gabriel, J. (2017). Praxisnetze im Wandel—Chancen und Stärken eines Versorgungsmodells. In *Management von Gesundheitsregionen III* (pp. 13-24). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Gaynor, M., Moreno-Serra, R., & Propper, C. (2012). Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades. *Journal of health services research & policy*, 17(1_suppl), 49-54.

GBA Gemeinsamer Bundesausschuss, G. (2016). Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL).

GBA (2016) Gemeinsamer Bundesausschuss. <http://www.GBA.de/> Zugriff am 28.7. 2017.

Geelvink, T., Mirhoseiny, S., Vollmar, H. C., Stock, S., Redaelli, M., Fishman, P., ... & Icks, A. (1997). Ökonomische Potentiale der Delegation mit und ohne Telemedizin bei Menschen mit Diabetes Mellitus—Ergebnisse einer Subgruppenanalyse eines Scoping Reviews. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 16(04), 239-247.

GKV-Spitzenverband (2016). Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien – Brl) vom 15.04.2016

Gellner, W. (1994). Politikberatung durch nichtstaatliche Akteure – Typen, Funktionen, Strategien. In: Murswiek, A.: Regieren und Politikberatung, Op-laden.

Gräske, J., Meyer, S., Schmidt, A., Schmidt, S., Uribe, F. L., Thyrian, J. R., ... & Wolf-Ostermann, K. (2016). Regionale Demenznetzwerke in Deutschland. *Pflege*, 29(93), 101.

Geraedts, M. (2014). Integrative und personenzentrierte Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des Gesundheitssystems. *Das Gesundheitswesen*, 76(11), e74-e78.

Gerhardus, A. (2010). Evidence-based Public Health: Ein Gebiet in Entwicklung. In Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (Hg.). *Evidence-based Public Health. Bessere Gesundheitsversorgung durch geprüfte Informationen*. Bern: Hans Huber, Bern, pp. 17-29.

Goldschmidt A und Hilbert J. 2009 Von der Last zur Chance - der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Hilbert, J und Goldschmidt A (Hrsg.): *Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche*. Wegscheid: Wikom, S. 21-40.

Goryakin, Y., Griffiths, P., Maben, J.: Economic Evaluation of Nurse Staffing and Nurse Substitution in Health Care: a Scoping Review. *Int J Nurs Stud*. 48 (4): 501-12, 2010.

Gray, A. M., & Wilkinson, T. (2016). Economic evaluation of healthcare interventions: old and new directions. *Oxford Review of Economic Policy*, 32(1), 102-121.

Hackmann T und Moog S (2008). Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit. *Diskussionsbeiträge No. 26 – April 2008*, Forschungszentrum Generationenverträge der Albrecht-Ludwigs-Universität, Freiburg 2008.

Hagen, B., Groos, S., Müller, N., Müller, U. A., & Kloos, C. (2017). Gute Blutglukose- und Blutdruckkontrolle und niedrige Hypoglykämierate bei Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2 in den Disease-Management-Programmen (DMP) in Nordrhein-Westfalen. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 12(S 01), FV5.

Hamann, J., Mendel, R. T., Lienert, A., Uebele, G., & Kissling, W. (2008). Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für Nutzer psychiatrischer Dienste-eine deutschlandweite Umfrage. *Psychiatrische Praxis*, 35(03), 122-127.

Hartweg, H. R., Agor, K., Kaestner, R., Rzesnitzek, A., & Wessels, M. (2017). Potenziale nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten am Beispiel der Telemedizin. In *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I* (pp. 109-120). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Heyers, J. (2016). Risikomanagementsysteme im Krankenhaus, Standards und Patient*innenrechte. *Medizinrecht*, 34(1), 23-31. Hedinger, D. (2016) Lebensende im Kontext: Institutionen und Sterbeort. In *Gesundheitsversorgung am Lebensende* (pp. 43-67). Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016.

Hildebrandt, H., Schmitt, G., Roth, M., Stunder, B. (2011) *Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal“: Die hausärztliche Versorgung der Zukunft*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105 (8), 585-589.

Hillienhof, A. Heilmittel-Blankorezept: KBV und BÄK fordern Beteiligung der Ärzte (2016), *Deutsches Ärzteblatt International* 113(48), <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=184367> Zugriff am 28.8.2017.

Hölling, G. (2017, March). Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient*inensouveränität stärken. In *Public Health Forum* (Vol. 25, No. 1, pp. 22-24).

Hoppe, B. (1998). Qualifizierung der Pflegeberufe zur Kooperation. Garms-Homolová, V./Schaeffer, D.(Hg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 77-82.

Hübner, U., Babitsch, B., Kortekamp, S., Egbert, N., & Braun von Reinersdorff, A. (2016). ROSE—the learning health care system in the Osnabrück-Emsland/ROSE—das lernende Gesundheitssystem in der Region Osnabrück-Emsland. *International Journal of Health Professions*, 3(1), 14-20.

IAPO (2017) International Alliance of Patients' Organizations. Declaration on Patient-Centred Healthcare. <https://www.iapo.org.uk/patient-centred-healthcare> Zugriff am 7.7.2017

International Cochrane Collaboration: <http://www.cochrane.de/de>
Zugriff am 7.7.2017.

Jones, J., Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N., & Parker, G. (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*, 319(7224), 1547-1550.

Jordan, W., Bleich, S., Cohrs, S., von Einsiedel, R., Falkai, P., Großkopf, V., ... & Adler, L. (2011). Definition des Kernbereichs ärztlicher Tätigkeit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet—Voraussetzung für jede Delegation. *Psychiatrische Praxis*, 38(S 02), S8-S15.

IQWiG. (2009.) Kosten und Nutzen in der Medizin. Die Analyse von „Effizienzgrenzen“: Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten,

Jeanrond, H. (2016). Gewerkschaften als sozialpolitische Akteure (Doctoral dissertation, Dissertation, Kassel, Universität Kassel, 2016).

Jeschke, S. A. (2015). Das Weddinger Modell-Stationäres Arbeiten im Triolog (Doctoral dissertation, Freie Universität Berlin).

Jessop B: (1979) Corporatism, parliamentarism and social democracy. In: Schmitter PC und Lehmbruch G (Hrsg.): Trends towards corporatist intermediation. Sage, pp185-212, London.

Jun U. und Grabow K. (2008) Mehr Expertise in der deutschen Politik? Zur Übertragbarkeit des "Evidence-Based Policy Approach". Zukunft Regieren Beiträge für eine gestaltungsfähige Politik, 1/2008. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung,

KBV (2017) Medizinische Versorgungszentren. MVZ-Statistik zum 31.12. 2015 <http://www.kbv.de/html/mvz.php> Zugriff am 4.7.2017

Kersting C, Lindemann C, Mikolajczyk R, Garbe E und Riedel O. (2016) Auf dem Weg zu einer optimale(re)n Versorgung? Ergebnisse der Pilotierung eines ADHS-Selektivvertrages nach § + 73c SGB V in Bremerhaven. PPM-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 66(05), 187-194.

Kickbusch I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Unter Mitarbeit von Daniela Maag. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Kickbusch, I., und Hartung, S. (2014) Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. Verlag Hans Huber, Bern.

Kickbusch I; Maag D; Saan H. (2005) Enabling healthy choices in modern health societies. Badgastein: European Health Forum, 2005.

Kimmel, A., & Breuninger, K. (2016). Pflegereform 2017. Das Gesundheitswesen, 78(07), 477-488.

Kleinman A. (2012). Culture, bereavement, and psychiatry. The Lancet 379(9816), 608–609.

Klie, T. (2017). Kooperation und Integration: die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege. In Kooperation und Integration–das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems (pp. 263-283). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Klora, M., Zeidler, J., May, M., Raabe, N., & von der Schulenburg, J. M. G. (2017). Evaluation of family doctor-centred health care in Germany based on AOK Rheinland/Hamburg claims data. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 120, 21-30.

Knieps, F.:(2009) Evidence Based Health Policy oder wissenschaftlich verbrämter Lobbyismus – Die Verwertung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Gesundheitspolitik. IQWiG Herbst-Symposium 2008: Nutzen und Schaden in der Medizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (5), 273-280.

König, R. (2015). Unser Ziel: Ein Kümmerer für jede Klinik. *kma-Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*, 20(05), 13-13.

Kollen, B. J., Lennon, S., Lyons, B., Wheatley-Smith, L., Scheper, M., Buurke, J. H., & Kwakkel, G. (2009). The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation. *Stroke*, 40(4), e89-e97.

Korzilius H. (2017); Akademische Gesundheitsberufe: Physician Assistants – die Neuen im Ärzteteam. *Dtsch Arztebl* 114(26)

Kuhn, J., & Bolte, G. (2016). Der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Prävention–wie wird er wahrgenommen?. *Das Gesundheitswesen*, 78(04), P64.

Krupp, E. (2016). Die Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-ein Instrument zum Erfassen von Pflegequalität? Dissertation, Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.

Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S., & Kroll, L. E. (2017). Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen.

Lampert, T., & Kroll, L. E. (2010). Armut und Gesundheit. Robert-Koch-Institut Berlin <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/sonstige/reAwH2wxwRHfM/PDF/29wYJ9AaKy3gU.pdf> Zugriff am 20.7.2017)

Laux, G., Szecsenyi, J., Mergenthal, K., Beyer, M., Gerlach, F., Stock, C., & Steeb, V. (2015). Hausärzt*inzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(4-5), 398-407.

Le Grand, J., Bartlett, W.:(1993) *Quasi-Markets and Public Policy*. Basingstoke: Macmillan.

Lesch, H. (2016). Spartengewerkschaften: Abspaltungsmotive, Lohnpolitik und Konfliktverhalten. *Zeitschrift für Politikwissenschaft*, 26(2), 155-174.

LobbyControl .(2012) *Weiterhin Lobbyisten in Ministerien tätig*.
<http://www.lobbycontrol.de/blog/index.php/2012/04/weiterhin-lobbyisten-in-ministerien-tatig/> Zugriff am 6.4.17.

Ludt, S., et al. "Die Patient*innenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen–Was ist Patientinnen und Patient*innen in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig?." *Das Gesundheitswesen* 76.06 (2014): 359-365.

Lukes, S., (1995). *Power: A Radical View*. Studies in Sociology. Basingstoke: Macmillan Press, 1995

Manning WG, Newhouse JP, Guan N, Keeler EB, Leibowitz A und Marguis MS: (1987) .Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, vol.77, pp 251-277.

Marsteller, J.A., Burton, L., Mader, S.L., Naughton, B., Burl, J., Guido, S., Greenough, W.B.: (2009) Health Care Provider Evaluation of a Substitutive Model of Hospital at Home. *Medical Care*, 47 (9): 979-85.

Marx, Y., Herrmann, M., & Robra, B. P. (2017). Arzneimitteltherapie im Alter–individualisiert und sicher. In *Public Health Forum* (Vol. 25, No. 2, pp. 155-158). De Gruyter.

Mattukat, K., & Thyrolf, A. (2014). Soziale Teilhabe und Alltagsaktivitäten von Patient*innen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 73(1), 42-48.

McPake B, Brikci N, Cometto G, Schmidt A, Araujo E. (2011) Removing user fees: learning from international experience to support the process. *Health Policy Plan*.Nov;26 Suppl 2:ii104-117.

Meinck, M., Pippel, K., & Lübke, N. (2017). Mobile geriatrische Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 1). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(3), 226-232.

Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach F M und GÜthlin C., (2016) Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland–eine Übersicht. *Das Gesundheitswesen*, 78(08/09), e62-e68.

Moloney ME, Konrad TR, and Zimmer CR. (2011) The Medicalization of Sleeplessness: A Public Health Concern. *American Journal of Public Health*: Vol. 101, No. 8, pp. 1429-1433.

Mühlbacher, A.: (2002). *Integrierte Versorgung-Management und Organisation*, Huber Verlag, Bern.

Müller-Mielitz S und Lux T. (2017) E-Health-Gesetz. In *E-Health-Ökonomie* (pp. 125-136). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Neuner-Jehle, S. (2017). Systematische Ansätze zur Reduktion von Polypharmazie. *Der Diabetologe*, 13(2), 85-90.

Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, et al. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: a systematic review. *Nursing Economics* ;29(5):230–251.

NKS (2017) Nationale Kontaktstelle zum EU-Programm Horizonte 2020.
<http://www.horizont2020.de> Zugriff am 22.7.2017.

Nolting HD, Zich K, Deckenbach B, Gottenberg A, Lottmann K, Klemperer D, et al. (2001) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung (online). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung,
http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Regionale_Unterschiede.pdf
(Zugriff am 7.7.2017).

Nowossadeck, E., Pohlner, S., & Kamtsiuris, P. (2014). Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen in Deutschland. Ein Vergleich von Survey- und Routinedaten. *Das Gesundheitswesen*, 76(08/09), A126.

Nusser-Müller-Busch, R. (2015). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts*: F. Springer Berlin Heidelberg.

Oberender, P.: (2010) Die deutsche Gesundheitswirtschaft: Wachstums- und Beschäftigungsmotor. Vortrag Versicherungsforen Leipzig am 13. April 2010. Bayreuth.

Oldenburg, E. (2014). SHV–Neuer Spitzenverband. *ergopraxis*, 7(03), 8-8

Oldenburg, E. (2016). Dafür oder dagegen?–Therapeut*innenkammer. *physiopraxis*, 14(06), 15-17.

Oldenburg, E. (2017). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016–Un glaublich. *ergopraxis*, 10(01), 10-11.

Peter, W. F., van der Giesen, F. J., de Jong, S., Kat, Y., van den Ende, E. H., Dekker, J., & Vlieland, T. V. (2016). THU0651-HPR Structure, Process and Outcome of Primary Care Rheumatology Networks for Patients with Rheumatic and Musculoskeletal Diseases in The Netherlands.

Pippel, K., Meinck, M., & Lübke, N. (2016). Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1-7.

Powell-Jackson, T., Hanson, K., Whitty, C. J., & Ansah, E. K. (2014). Who benefits from free healthcare? Evidence from a randomized experiment in Ghana. *Journal of Development Economics*, 107, 305-319.

QVNIA (2017) Qualitätsverbund Netzwerk im Alter- Pankow e.V
<http://www.qvnia.de/> Zugriff am 25.8.2017

Peter, C., & Neubert, C. (2016). Medikalisierung sozialer Prozesse. In *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 273-285). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Pimperl, A., Schulte, T., Mühlbacher, A., Rosenmöller, M., Busse, R., Groene, O., ... & Hildebrandt, H. (2017). Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: the Quasi-Experimental Design of the German *Gesundes Kinzigtal*. *Population health management*, 20(3), 239-248.

Räbiger, J. (2013). Ein Blick auf den Produktionsprozess: Mehr Effizienz durch neue Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem? Beispiele aus der Physiotherapie. In *Public Health Forum* (Vol. 21, No. 4, pp. 15-e1). No longer published by Elsevier.

Räbiger, J. (2016). Modell Blankoverordnung. *VPT Magazin*, 2(03), 16-17.

Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., & Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 832-844.

REHADAT (2017) <http://www.rehadat.de/rehadat/> (Zugriff 28.4.17.)

Rosemann, T., Neuner-Jehle, S., & Muheim, L. (2017). Versorgungsforschung: das richtige Mass an Medizin, zum richtigen Zeitpunkt für den richtigen Patient*innen. *Therapeutische Umschau*, 74(1), 827-831.

Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung*. Huber.

Saltman, R.B., Figueras, J.,(1997). *European Health Care Reform: Analyses of Current Strategies*. WHO Regional Publications, European Series, No 72.

Saltman, R.B., (1996). *Thinking About Planned Markets and Fixed Budgets*. In: Schwartz, F.W., Glennester, H., Saltman, R.B. (Hrsg): *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America* , 3-11. London,.

Schäfer-Walkmann, S., & Traub, F. (2017). *Evolution durch Vernetzung*. In *Evolution durch Vernetzung* (pp. 9-17). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Schenkel J., (2017). *Praxis der Telemedizin in Deutschland heute*. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142(05), 328-333.

Schokkaert E, Steel J, and Van de Voorde C. (2017). *Out-of-Pocket Payments and Subjective Unmet Need of Healthcare*. *Applied Health Economics and Health Policy*, 1-11.,.

Schröder, J., Lochner, S., & Kirch, W. (2011, April). *Unabhängige Patient*innenberatung in Deutschland*. In *Public Health Forum* (Vol. 19, No. 1, pp. 9-10).

Schubert, M., Schian, M., & Viehmeier, S. (2016). *Das Bundesteilhabegesetz*. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(9), 1053-1059.

Schulte, M. (2014). *Politik mitgestalten: Möglichkeiten wissenschaftlicher Politikberatung durch private Think Tanks*. Tectum Wissenschaftsverlag.

Schwartz FW, Glennester H, Saltman RB., eds. (1997): *Fixing Health Budgets. Experience from Europe and North America*, Wiley, London.

Schwartz FW, Kickbusch I und Wismar M., (1997): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H und Siegrist J. (Hrsg): Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, Kapitel 10, Urban & Schwarzenberg.

Seeling, S., Paul, S., & Bormann, C. (2010). Bedarfsanalyse zur interprofessionellen Kooperation im ambulanten Versorgungsbereich. Marzinzik, K., Nauerth, A., Walkenhorst, U.(Hrsg.). Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich (S. 101-112). Berlin: Lit Verlag.

Seeger, W., Cibis, W., Deventer, A., Grotkamp, S., Lübke, N., Schönle, P. W., ... & Schubert, M. (2016). Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität–Teil I: Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen. Das Gesundheitswesen.

Shortell, S. M., Bennett, C. L., & Byck, G. R. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 593-624.

Siciliani L, Chalkley, M, and Gravelle H. Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*, 121(2), 103-110. 2017.

Smith S., Sinclair D., Raine D., Reeves B. (2005). *Health Care Evaluation (Understanding Public Health)* Open University Press London.

Smith, K.E., Fooks, G., Collin, J., Weishaar, H., Mandal, S. et al (2010). "Working the System" –British American Tobacco's Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: An Analysis of Internal Tobacco Industry Documents. *PLoS Med* 7 (1): e1000202.

Solomons NM. & Spross JA., (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management* 19, 109–120.

Sozialpolitik aktuell 2017 Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen 1995 -2016. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf Zugriff 1.3.2017

Squires, D. A. (2017). Explaining high health care spending in the United States: an international comparison of supply, utilization, prices and quality. Commonwealth Fund publication 1595; 10: 1–13.

SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung Gutachten 2000/2001. Bonn, Sachverständigenrat. <http://www.svr-gesundheit.de..>

Tomlinson, M. & Lund, C., (2012). Why Does Mental Health Not Get the Attention It Deserves? An Application of the Shiffman and Smith Framework. PLoS Med 9(2), e1001178 EP,.

van der Roer, N., van Tulder, M., van Mechelen, W., & de Vet, H. (2008). Economic evaluation of an intensive group training protocol compared with usual care physiotherapy in patients with chronic low back pain. Spine, 33(4), 445-451.

Veerbeek, J. M., van Wegen, E., van Peppen, R., van der Wees, P. J., Hendriks, E., Rietberg, M., & Kwakkel, G. (2014). What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. PloS one, 9(2), e87987.

Wagner K und Sparr FJ. (2012). Wie kann die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbessert werden? Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation, Linz.

Wallesch, C. W. (2015). Integrierte Versorgung bei Schlaganfall. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 58(4-5), 393-397.

Wallmann, B., (2012). Gesundheitskompetenz – Aufbauen auf einem starken Fundament. Prävention und Gesundheitsförderung 7(1), 3–4.

Walt, G., (1994): *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. Zed Books, London.

Waltersbacher A., (2017) Heilmittelbericht 2016. Wissenschaftliches Institut der AOK. https://www.wido.de/heilmittel_2016.html Zugriff am 20.7.2017

Weber, M: (1988/1922). *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Herausgegeben von Martin Winkelmann. Tübingen: Mohr und Siebeck 1988.

Weegen, L., May, U., Bauer, C., Walendzik, A., & Wasem, J. (2016). Umsetzung des AMNOG in die Versorgungspraxis (No. 217). IBES Diskussionsbeitrag.

Weiß, J., (2012) Physiotherapeut*innen: Viel Zeit für wenig Geld. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137.03: p2-p2.

Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. (2007). What's Making Us Sick Is an Epidemic of Diagnoses. *The New York Times*, January 2, Page D5. 2007.

Wendt C., (2005). *Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven*. Arbeitspapiere – Working Papers Nr. 88, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung,.

Wenzel, F., & Steinmeister, M. (2015). Das neue Patient*innenrechtegesetz. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(1), 23-31.

Wiebelitz-Spangenberg, C. (2017). Unterbesetzung und Patient*innengefährdung: Was tun?. *Heilberufe*, 69(5), 52-53.

Wolf-Ostermann, K., Meyer, S., Schmidt, A., Schritz, A., Holle, B., Wübbeler, M., ... & Gräske, J. (2017). Nutzer und Nutzerinnen regionaler Demenznetzwerke in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(1), 21-27.

Linkverzeichnis

	NAME	LINK (alle Links zuletzt geöffnet am 22.02.2018)
ADÄ	Agentur Deutscher Ärztenetze	http://deutsche-aerztenetze.de/index.php
AHB	Anschlußheilbehandlung	http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Naviga-tion/2_Rente_Reha/02_Rehabilita-tion/02_leistungen/02_ahb/ahb_node.html
ASV	Ambulante Spezialärztliche Versorgung	https://www.g-ba.de/institu-tion/themenschwerpunkte/116b/
BAR	Bundesarbeitsgemein-schaft Rehabilitation	https://www.bar-frankfurt.de/
BfArM	Bundesinstitut für Arznei-mittel und Medizinprodukte	https://www.bfarm.de/DE/Home/home_no-de.html
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	https://www.bgw-on-line.de/DE/Home/home_node.html;jsessio-nid=C95DFF95F8B88C1CB7EB3A4C267F5DA2
BMBF	Bundesministerium für Bil-dung und Forschung	https://www.bmbf.de/
BMG	Bundesministerium für Ge-sundheit	http://www.bundesgesundheitsministe-rium.de/
BS	Bertelsmann-Stiftung	www.bertelsmann-stiftung.de
BVerfG	Bundesverfassungsgericht	http://www.bundesverfassungsge-richt.de/DE/Das-Gericht/das-ge-richt_node.html
BZgA	Bundeszentrale für ge-sundheitliche Aufklärung	https://www.bzga.de/
DGB	Deutscher Gewerkschafts-bund	http://www.dgb.de/
DIMDI	Deutsches Institut für me-dizinische Dokumentation und Information	https://www.dimdi.de/static/de/index.html
DKG	Deutsche Krankenhausge-sellschaft	http://www.dkgev.de/

DMP	Disease-Management-Programm	http://www.kbv.de/html/dmp.php
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.	http://www.deutscher-pflegerat.de/
DRV	Deutsche Rentenversicherung	http://www.deutsche-rentenversicherung.de
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie	http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/eap1.pdf
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte	https://www.coe.int/en/web/portal/gerichtshof-fur-menschenrechte
EU	Europäische Union	https://europa.eu/european-union/index_de
EUGh	Europäischer Gerichtshof	https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_de
FES	Friedrich Ebert Stiftung	https://www.fes.de/de/
FG	Fraunhofer-Gesellschaft	https://www.fraunhofer.de/
FNS	Friedrich-Naumann-Stiftung	https://www.freiheit.org
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuß	https://www.g-ba.de/
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	https://www.gkv-spitzenverband.de/
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung	http://www.dguv.de/de/index.jsp
HBS	Heinrich-Böll-Stiftung	https://www.boell.de
HSS	Hanns-Seidel Stiftung	https://www.hss.de/
HTA	Health Technology Assessment	https://www.dimdi.de/dynamic/de/weiterer-fachdienste/health-technology-assessment/index.html
IAPO	International Alliance of Patients' Organizations	https://www.iapo.org.uk/
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen	https://www.igel-monitor.de/

InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	http://www.g-drg.de/
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	https://iqtig.org/startseite/
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	https://www.iqwig.de/
KAS	Konrad-Adenauer Stiftung	http://www.kas.de/
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	http://www.kbv.de/html/
KV	Kassenärztliche Vereinigung	https://www.kvberlin.de/
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen	https://www.mdk-bb.de/
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum	https://www.bmvz.de/
NICE	National Institute of Clinical Excellence	https://www.nice.org.uk/
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development	http://www.oecd.org/health/
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst	https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/oeffentlicher-gesundheitsdienst/
PKV	Private Krankenversicherung	https://www.pkv.de/
RE-HADAT	Rehadat Hilfsmittel, Institut der Deutschen Wirtschaft	https://www.rehadat-hilfsmittel.de/de/
RKI	Robert-Koch-Institut	http://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html
RLS	Rosa-Luxemburg-Stiftung	www.rosalux.de/
ROSE	ROSE- Das lernende Gesundheitswesen	https://www.hs-osnabrueck.de/rose/

RSA	Risikostrukturausgleich	http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/risikostrukturausgleich-rsa.html
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	http://www.shv-heilmittelverbaende.de/
UN BRK	Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention	http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/ueber-uns
UPD	Unabhängige Patient*innenberatung Deutschland	https://www.Patient*innenberatung.de/de
WHO	World Health Organization	http://www.who.int/en/
WHO	Ottawa Charta für Gesundheit	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Glossar

Adhärenz	Die Adhärenz (früher Compliance genannt) ist ein Maß der Therapietreue, das angibt, inwieweit das Verhalten von Patient*innen mit den gegebenen Therapieempfehlungen übereinstimmt.
Allokative Effizienz	Allokative Effizienz bedeutet, dass Gesundheitsgüter bedarfsgerecht und entsprechen den Präferenzen der Nutzer*innen zur Verfügung gestellt werden, so dass Formen der Über-, Unter-, und Fehlversorgung vermieden werden.
Beitragsbemessungsgrenze	Eine bundeseinheitliche Rechengröße der GKV, die angibt, ab welchem beitragspflichtigen Einkommen der Krankenkassenbeitrag nicht mehr steigt.
Besondere Versorgungsformen	Nach §140a SGBV auf Selektivverträgen basierende innovative Versorgungsformen, die (noch) nicht Teil der Regelversorgung sind.
Beweislastumkehr	Eine Regelung im Haftungsrecht der Heilberufe, dass in bestimmten Fällen nicht der Patient einen Behandlungsfehler beweisen muss, sondern der Behandler*innen beweisen muss, dass die Behandlung nicht ursächlich für eine eingetretene Schädigung war.
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	Ein Maß der Wirtschaftsleistung. Es bezeichnet den Wert aller im Inland hergestellten Güter, die innerhalb eines Jahres auf dem Territorium einer Volkswirtschaft hergestellt wurden, nach Abzug von Vorleistungen und Importen.
Care-Management	Ein Ansatz des Versorgungsmanagements zur besseren Abstimmung unterschiedlicher Versorgungsbereiche durch verbindliche und dauerhafte Kooperationsstrukturen und zieladäquate Anreizsysteme.
Case-Management	Ein Ansatz zur Planung und Koordinierung der Versorgung im Einzelfall. Ein dezidiertes Fallmanagement sorgt bei komplexem individuellem Versorgungsbedarf, dafür, dass die jeweils notwendigen Versorgungsmöglichkeiten bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden.

Diagnosis Related Groups (DRGs)	Ein Klassifikationssystem, mit dem Krankenhaufälle anhand von medizinischen Diagnosen, Prozedurenkodes und demographische Daten, Fallgruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zugeordnet werden. Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) bilden die Grundlage für die Abrechnung von Fallpauschalen durch die Krankenhäuser.
Disease Management Programm (DMP)	Ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Gruppen von Patient*innen mit derselben chronischen Krankheit nach 137f SGB V. DMPs sind indikationsspezifisch und wenden sektorübergreifende Therapieleitlinien und Verfahren des Schnittstellenmanagements an.
DRG- Fallpauschalen	Eine leistungsorientierte, prospektive Vergütungsform von Krankenhäusern, die auf landeseinheitlichen Durchschnittskosten/Behandlungsfall basiert. Fallpauschalen werden, nach gesetzlichen Vorgaben auf der Basis von diagnosebezogenen Fallgruppen, den Diagnosis-Related-Groups (DRGs) kalkuliert und bilden ein Leistungspaket ab, das je nach Diagnose, alle notwendigen Leistungen zur Behandlung des Falles einschließt.
Duale Finanzierung	Eine Finanzierungsform der Krankenhäuser, die im Unterschied zur monistischen Finanzierung aus zwei Quellen erfolgt: Die Investitionen werden von den Ländern und die Benutzerkosten von den Krankenkassen finanziert.
Entlassmanagement	Ein auf gesetzlicher Grundlage beruhendes, standardisiertes Verfahren des Case -Managements, mit dem Ziel, vor Entlassung aus dem Krankenhaus den voraussichtlichen Bedarf für die erforderliche Anschlussversorgung festzustellen, die notwendigen Maßnahmen einzuleiten und die weiterversorgenden Leistungserbringer*innen rechtzeitig zu informieren.
Festbeträge	Mittel der Kostenkontrolle durch Festlegung des Erstattungspreises für Arzneimittel durch die GKV
Governance	Bezogen auf den Gesundheitssektor die Strukturen, Regeln und Steuerungsformen, die das Verhalten der beteiligten Akteure bestimmen.
Güter	In den Wirtschaftswissenschaften die zur Befriedigung von Bedürfnissen geeigneten Mittel (<i>Waren und Dienstleistungen</i>)

Heilmittel	Persönlich erbrachte physio-, sprach-, ergotherapeutische und podologische Leistungen, die von Vertragsärzt*innen nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des B-GA verordnet werden. Sie werden von den Therapeut*innen persönlich erbracht, mit dem Ziel, eine Krankheit ausheilen zu lassen, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen abzumildern oder ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten.
Hilfsmittel	In der GKV nach den Vorgaben der Hilfsmittelrichtlinie des GBA vertragsärztlich verordnete Produkte, die Funktionseinschränkungen ausgleichen und zu einer selbstbestimmten Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben beitragen sollen. .
Input	Im Donabedian-Modell werden unter Input die personellen und materiellen Ressourcen des Gesundheitssystems verstanden, z.B. die Anzahl und regionale Verteilung von Ärzt*innen, Therapeut*innen, Krankenpflegepersonen, Krankenhäusern, Pflegeheimen usw. Die Bewertung erfolgt durch Untersuchung der Strukturqualität
Integrierte Versorgung	integrierte Versorgung ist eine zielgerichtete, an den Bedürfnissen der Patient*innen orientierte Zusammenarbeit von organisatorisch und finanziell eigenständigen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen über die bestehenden Schnittstellen hinweg.
Kompressions- these	Die Kompressionsthese nimmt an, dass der medizinisch-technische Fortschritt eine Senkung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit bewirkt. Die Gesundheitskosten würden also im Vergleich zum Status Quo weniger stark zunehmen, weil die Menschen gesund älter werden und weniger auf Hilfen angewiesen sind.
Kontrahierungs- zwang	Im Unterschied zur PKV besteht in der GKV Kontrahierungszwang, d.h. alle Aufnahmeberechtigten müssen unabhängig von ihrem individuellen Risiko versichert werden.
Korporatismus	Eine Form der Interessenwahrnehmung, bei der bestimmte gesellschaftliche Gruppen oder Berufe durch Übertragung von staatlichen Aufgaben am politischen Prozess beteiligt werden. Die Aufgaben von korporatistischen Organisationen (z. B. Berufs-

	kammern) sind gesetzlich definiert, es besteht eine Zwangsmitgliedschaft und sie genießen ein Repräsentationsmonopol für ihren Bereich.
Kostenerstattungsprinzip	Im Unterschied zum Sachleistungsprinzip müssen die Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungen finanziell in Vorleistung treten. Sie können dann die Rechnung bei ihrer Versicherung zur Erstattung einreichen.
Lohnquote	Der Anteil der Löhne und Gehälter am BIP. Dieser hat gegenüber den Kapitaleinkommen (aus Aktien, Wertpapieren, Mieten) in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen.
Managementgesellschaft	Managementgesellschaften können an der Gestaltung der von besonderen Versorgungsformen nach §140a SGB V beteiligt werden. Sie agieren als Puffer zwischen Kassen und Leistungserbringer. Sie erbringen u.a. notwendige Investitionen als Vorleistung und übernehmen wirtschaftliche Risiken. Ihr Geschäftsmodell basiert darauf, dass sie an den im Modell generierten Einsparungen beteiligt werden.
Medikalisierungsthese	Die Medikalisierungsthese geht von der Annahme aus, dass die Gesundheitskosten überproportional steigen, weil die Patient*innen mit zunehmender Lebenserwartung, über einen vergleichsweise längeren Zeitraum auf medizinische und pflegerische Hilfe angewiesen sein werden.
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	MVZ sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzt*innen als Angestellte oder Vertragsärzt*innen tätig sind (§95 SGB V). Sie unterliegen den Finanzierungsbedingungen und der Bedarfsplanung des vertragsärztlichen Sektors und können u.a. von zugelassenen Ärzt*innen, Krankenhäusern und gemeinnützigen Versorgungsträgern sowie, in besonderen Fällen, auch durch Kommunen gegründet werden.
Negativlisten	Liste mit Arznei- oder Hilfsmitteln, die durch die GKV <i>nicht</i> erstattet werden. Eine Positivliste führt hingegen die erstattungsfähigen Produkte auf.

Outcomes	Outcomes sind die Veränderungen des Gesundheitszustandes, die kausal den vorausgegangenen Prozessen zugeordnet werden können. Die Bewertung erfolgt durch Untersuchung der Ergebnisqualität
Patient*in-souveränität	Der Begriff betont im Gegensatz zum paternalistischen Abhängigkeitsverhältnis zwischen Leistungserbringer*in und Patient*in die Entscheidungs- und Handlungsautonomie der Nutzer*innen des Gesundheitswesens. Wichtige Maßnahmen zur Stärkung der P. sind Information, Beratung, Transparenz und partizipative Entscheidungsfindung sowie die Durchsetzung von kollektiven und individuellen Patient*innenrechten.
Peer counseling	Psychosoziale Beratung durch Betroffene, die gleichaltrig sind oder derselben sozialen Gruppe angehören. Wird erfolgreich u.a. in der Gesundheitsförderung sowie in der Beratung von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen eingesetzt.
Pflegegrad	Die Einstufung in einen der Pflegegrade I-V ist die Grundlage der Leistungsgewährung in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Sie erfolgt durch den MDK unter Anwendung pflegfachlicher Grundsätze mit Hilfe eines standardisierten Begutachtungsinstruments, das die individuelle Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten berücksichtigt.
Preiswettbewerb	Preiswettbewerb im Gesundheitswesen bedeutet, dass der Kunde (Kostenträger oder Patient) die Wahl zwischen Anbietern, die ihre Leistungen zu einem niedrigeren Preis als die Konkurrenz erbringen.
Prozesse	Prozesse sind im Donabedian-Modell die Aktivitäten und Wechselbeziehungen, die zur Ausübung der Funktionen des Gesundheitssystems notwendig sind. Die Bewertung der Verfahren und Steuerungsvorgänge erfolgt durch Messung der Prozessqualität.
Qualitätswettbewerb	Bei einem qualitätsbasierten Wettbewerb stehen die Preise fest, und die Kunden treffen eine Wahl auf Grund von Qualitätsmerkmalen der angebotenen Versorgungsleistungen.
Ressourcen	In den Wirtschaftswissenschaften die Mittel die zur Güterproduktion eingesetzt werden.

Risikostruktur- ausgleich	Ein finanzieller Ausgleich zwischen der Finanzkraft und dem Beitragsbedarf der gesetzlichen Krankenkassen. Im gegliederten System der GKV mit freier Wahl der Krankenversicherung und Kontrahierungszwang ist ein RSA notwendig, um einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu gewährleisten.
Sachleistungs- prinzip	Im Unterschied zum Kostenerstattungsprinzip erhalten Versicherte Leistungen, ohne selbst zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme finanziell in Vorleistung treten zu müssen.
Selektivver- träge	Im Unterschied zu Kollektivverträgen, die für alle Leistungserbringer*innen eines Bereichs gelten, werden Selektivverträge von den Krankenkassen nur mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringer*innen vereinbart.
Sicherstel- lungsauftrag	Die gesetzliche Verpflichtung einer Institution, die Gesundheitsversorgung für einen definierten Bereich zu gewährleisten. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung bedeutet, dass die KV die fachgerechte Erbringung der ärztlichen Leistungen und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen in dem gesetzlich und vertraglich festgelegten Umfang zu gewähren hat.
Solidaritäts- prinzip	Eine Form der sozialen Absicherung auf Gegenseitigkeit, bei der eine leistungsfähigere soziale Gruppe die weniger leistungsfähige oder kleinere Gruppe unterstützt.
Subsidiaritäts- prinzip	Eine Form der sozialen Absicherung, bei der die Lasten zunächst von der jeweils kleineren sozialen Einheit zu tragen sind. Erst wenn diese überfordert ist, erfolgt die Unterstützung durch die nächst größere Einheit.
Substitution	Gesundheitspolitische Reformstrategie bei der die bestehende Institutionstypen, Technologien und Personalstrukturen durch wirksamere und effizientere ersetzt werden. Bei der Übertragung von ärztlichen Aufgaben ist zwischen einer Substitution (mit selbständiger Ausübung der Heilkunde) und einer Delegation (einer Mitwirkung an ärztlichen Aufgaben unter Fortbestehen des Ärzt*invorbehalts) zu unterscheiden..
Think Tanks	Think Tanks sind wissenschaftliche Einrichtungen, die praxisorientierte und zukunftsweisende Projekte entwickeln und die mit Hilfe gezielter Verbreitung von Informationen und Ideen, Einfluss

	auf das Agenda-Setting und die politischen Entscheidungsprozesse nehmen.
Versicherungspflichtgrenze	Eine bundeseinheitliche Rechengröße zur Steuerung der Pflichtmitgliedschaft in der GKV. Personen, deren Einkommen oberhalb der V. liegt, können in die PKV wechseln.
Versorgungssektor	Organisatorisch, rechtlich und finanziell getrennte Versorgungsbereiche im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Abgrenzung getrennter Sektoren hat zur Folge, dass aufgrund von Schnittstellenproblemen, Qualitätsmängel auftreten und notwendige Behandlungsabläufe nicht effizient gestaltet werden können.

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul B2:
Einführung interprofessionelle
Gesundheitsversorgung

Impressum

Modulentwicklung: Wibke Hollweg

Modulverantwortung: Christine Blümke, Wibke Hollweg

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



Definition



Tipp



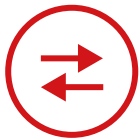
Information



Podcast



Video



Austausch

Querverweis
Externer Link

Inhaltsverzeichnis

1. Willkommen	5
2. Lernergebnisse.....	5
3. Inhalt.....	6
3.1 Formen interprofessioneller Zusammenarbeit	7
3.2 Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit.....	11
3.2.1 Nutzen für Patient_innen.....	15
3.2.2 Nutzen für Mitarbeiter_innen.....	21
3.2.3 Wirtschaftlicher Nutzen.....	22
3.3 Hemmende und fördernde Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit.....	23
3.4 Wie lernt man interprofessionelle Zusammenarbeit?.....	25
3.4.1 Interprofessionelles Lernen.....	25
3.4.2 Learning by doing.....	28
3.4.3 Interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen.....	30
3.4.4 Interprofessionelle Ausbildung.....	31
3.4.5 Interprofessionelle Kompetenzrahmen.....	33
3.4.6 Nationale und internationale Beispiele für IPE.....	40
4. Zusammenfassung.....	41
5. Interprofessionelle Fallbearbeitung.....	43
6. Ausblick.....	44
7. Literatur- und Linkverzeichnis.....	45

1. Willkommen

Sie werden in diesem Modul in interprofessionellen Gruppen anhand von gemeinsamen Fallbearbeitungen patientenorientierte Ziele und Behandlungskonzepte formulieren und aktuelle Themen der Gesundheitsversorgung diskutieren. Ziel ist es, dass Sie dabei an Ihre bisher erworbenen Kompetenzen und Ihre Fachexpertise anknüpfen, wenn möglich, einen Bezug zu Ihrer eigenen Berufspraxis herstellen und sowohl Ihre berufsspezifische als auch eine interprofessionelle Perspektive bei den Fallbearbeitungen einnehmen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Reflexion des Prozesses, den Sie bei der gemeinsamen Fallbearbeitung durchlaufen.

Als Grundlage einer gemeinsamen Verständigung haben Sie in vorausgegangenen Modulen schon viel über die Kommunikation in interprofessionellen Gruppen gelernt und sich mit der Bedeutung von Rollen, Vorurteilen und Stereotypen auseinandergesetzt.

Zur Einführung in das Modul wird erneut die Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit beleuchtet und es werden Chancen und Hürden für die berufsübergreifende Zusammenarbeit aufgezeigt. Es werden internationale bereits bestehende Modelle zur interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe vorgestellt und Anforderungen an die Kompetenzen der Akteure vorgestellt. Außerdem gibt das Modul einen kleinen Einblick in nationale und internationale interprofessionelle Ausbildungskonzepte der Gesundheitsberufe.

2. Lernergebnisse

Lernergebnisse Modul B2

Am Ende des Moduls.....

...können Sie Definitionen und Begrifflichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit anwenden.

...können Sie ausgewählte Modelle zur interprofessionellen Kooperation erklären.

...können Sie Good Practice Beispiele interprofessioneller Versorgung identifizieren und beschreiben.

...können Sie Chancen und Hürden interprofessioneller Zusammenarbeit erkennen und darlegen.

...können Sie Fallbeispiele analysieren und gemeinsame Diagnostik- und Behandlungsziele in der interprofessionellen Gruppe formulieren (kollaborative Entscheidungsfindung).

...können Sie Ihre Fachexpertise und Berufserfahrung in Fallbeispeile interprofessioneller Versorgungssettings mit Akteuren anderer Berufsgruppen diskutieren.

...können Sie konstruktiv mit Meinungsverschiedenheiten bzgl. Werten, Rollen, Zielen und Maßnahmen umgehen, die während der Fallbearbeitung entstehen können.

...können Sie Ihre eigene Rolle in der interprofessionellen Fallbearbeitung kritisch reflektieren.

...können Sie Prozessoptimierungsstrategien anwenden, um die Effektivität interprofessioneller Zusammenarbeit und Versorgung zu verbessern.

...erkennen Sie den eigenen Weiterbildungsbedarf in interprofessionellen Versorgungssettings und leiten Maßnahmen ab.

3. Inhalt

3.1 Formen interprofessioneller Zusammenarbeit



Kälble (2014) beschreibt Interprofessionelle Zusammenarbeit so, „dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichsten Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, **patientenorientierten Versorgung** unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes **für den Patienten (optimal) nutzbar gemacht werden**“ (S. 40).

Der Anlass für interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen geht vom Bedarf des Patienten/ der Patientin aus und muss sich an den Anforderungen und der Komplexität der Versorgungsaufgaben ausrichten. (Antoni, 2010).

Interprofessionelle Zusammenarbeit kann auf sehr unterschiedliche Art und Weise stattfinden. Beispielsweise liegen zwischen einem Austausch von Ideen zur Zusammenarbeit und einer gemeinsamen Behandlungsplanung und Durchführung mit Patienten_innen große Unterschiede bezüglich Intensität und zeitlichem und räumlichen Aufwand. Ob Zusammenarbeit koordinativ, kooperativ oder kollaborativ verläuft, hängt vom Ziel der Zusammenarbeit, aber auch von den gegebenen strukturellen

und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie den Einstellungen und Haltungen der Akteure ab.

Im Modul A2 „Interprofessionelle Kommunikation“ haben sie bereits in Kapitel 3 einen Überblick über Begrifflichkeiten und Definitionen im Feld der interprofessionellen Gesundheitsversorgung bekommen (Mitzkat, 2016). Im Folgenden soll die „Intensität der Zusammenarbeit“, im englischen auch mit dem Begriff *„level of interaction, valuation, trust, independence“* umschrieben, näher betrachtet werden.

Interprofessionelle Koordination geschieht, wenn Prozesse unterschiedlicher Berufsgruppen von einer übergeordneten Stelle organisiert werden. Rollen, Aufgaben und Ziele müssen auch bei koordinativen Prozessen allen Beteiligten klar sein. Die Berufsgruppen arbeiten aber in keiner unmittelbaren gegenseitiger Abhängigkeit (Reeves et al., 2018).

Interprofessionelle Kooperation (IP Cooperation) findet statt, wenn auf ein gemeinsames Ziel hingearbeitet wird und dafür in der Zusammenarbeit verschiedene Teilaufgaben vergeben werden. Das Erreichen eines gemeinsamen Endzieles oder Produktes, für das alle mitverantwortlich sind, steht im Zentrum einer Kooperation (Panitz, 1999).

Interprofessionelle Kollaboration (IP Collaboration) geht über Kooperation hinaus, da beim kollaborativen Arbeiten nicht „nur“ das gemeinsame Ziel im Vordergrund steht, sondern auch die Beziehung und Interaktion zwischen den Health Professionals. Eine gelingende kollaborative Zusammenarbeit ist von gegenseitiger Wertschätzung der Beteiligten und geteilter Verantwortung für die Problemlösung geprägt (Freeth, 2005, Panitz, 1999). Barr et al. (2017) bezeichnen interprofessionelle Kollaboration als „*The act of working together cooperativeley, especially in the case management of a patient or client; including sharing responsibilities for solving problems and making decisions to formulate and carry out plans for patient care*“.

Kollaborative Zusammenarbeit wird in der Literatur häufig mit dem Begriff „**teamwork**“ in Verbindung gebracht und Teamwork dabei zum Teil als Voraussetzung für gelingende Kollaboration verstanden oder als Prozess (Henneman et al. 1995, Poulton, 2003).

collaboration is the process of interactions and relationships between health professionals working in a team environment (Henneman et al. 1995)

Für eine gelingende Teamarbeit ist jedes einzelne Teammitglied mit verantwortlich.

*“Because **collaboration** is defined by the relationships and interactions that occur between co-workers (implying collective action toward a common goal), it is ultimately the health professionals themselves who determine whether or not collaboration occurs”.*
(D’Amour et al. 2005)

e-tivity 1: Selbsttest: Begrifflichkeiten im interprofessionellen Feld



1. Erklären Sie den Unterschied zwischen Interdisziplinarität und Interprofessionalität.
2. Geben Sie jeweils ein Beispiel für interprofessionelle Koordination, Kooperation, Kollaboration und Teamarbeit.
3. Erklären Sie anhand von Beispielen den Unterschied zwischen intra-, inter-, trans- und multiprofessionell.

3.2 Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit

Die Forderung nach interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitssystem ist keinesfalls neu. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht sich schon seit den 1970er Jahren für eine bessere Partizipation und mehr Interprofessionalität im Gesundheitswesen aus. Die Thematik gewinnt allerdings auf Grund gesellschaftlicher Veränderungen immer mehr an Brisanz (WHO, 2010, Sottas, 2016) und ist in den letzten Jahren auch in Deutschland in den Fokus von Politik und Wissenschaft gerückt (Sachverständigenrat (SVR), 2010 & 2014, Wissenschaftsrat (WR) 2012 & 2014, Gesundheitsministerkonferenz und Kultusministerkonferenz (KMK), 2015). Das wachsende Interesse an diesem Thema entspringt also der Versorgungspraxis. *„Wir werden zunehmend damit konfrontiert werden, sektorenübergreifend und interdisziplinär unsere Versorgung zu organisieren..., wir brauchen übergreifende Qualifikationen, um diese Zusammenarbeit zu organisieren“* (Heinze, 2013). Interprofessionelle Kompetenzen sind gefragt in der direkten Kommunikation mit Patienten/-innen, in Absprache gemeinsamer Behandlungsziele und in übergreifender Zusammenarbeit und Kommunikation (Amelung et al., 2015). Nationale und internationale Positionspapiere unterstreichen die Notwendigkeit einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung, um die gesundheitspolitischen Herausforderungen zu bewältigen (Barr et al. 2017, Ewers, 2012, Frenk et al., 2010, Walkenhorst et al. 2015, Zwarenstein et al. 2009).

Als „zukünftige gesundheitspolitische Herausforderungen“ werden von Politik und Wissenschaft immer wieder sogenannte „Megathemen“ aufgeführt:

1. Demografischer Wandel
2. Wandel des Morbiditätsspektrums
3. Zunehmende Komplexität und Mehrdimensionalität der Versorgungsherausforderungen

4. Fachkräftemangel
5. Rapider Wissenszuwachs
6. Einbeziehung der Patient_innensicht
7. Mensch-Technik-Interaktion / Digitalisierung / E- Health

Insbesondere der demografische Wandel, der mit einer rapiden Zunahme an Hochaltrigen einhergeht und daraus folgend mit einer Zunahme eines Bevölkerungsanteils von Menschen mit multiplen und chronischen Erkrankungen zu rechnen ist, stellt die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Außerdem bringen gesellschaftliche Veränderungen, wie z.B. die Reduzierung von häuslicher und familiärer Betreuung von Pflege- und Betreuungsbedürftigen neue Bedarfe mit sich. Zudem ist mit diesen Veränderungen mit einem Anstieg der Kosten im Gesundheitssystem zu rechnen. Aber auch die Entwicklung und Spezialisierung der medizinischen Versorgung, z.B. in der Intensivmedizin oder der Neonatologie, führen dazu, dass die Komplexität der Aufgaben der Gesundheitsversorger zunimmt. Auch die Zunahme sogenannter „Zivilisationskrankheiten“, wie Bluthochdruck, Adipositas und psychische Erkrankungen z.B. durch Stress oder auch fehlende soziale Kontakte und Einsamkeit führen zu Veränderungen der Bedarfe im Gesundheitssystem. Der Zugang über digitale Medien zu Informationen, für Patient_innen und Akteure im Gesundheitswesen, hat sich drastisch verändert und die Entwicklung technischer Versorgung schreitet rasant voran, woraus neue Anforderungsprofile an die Gesundheitsberufe entstehen.

Der Zunahme an Multimorbidität und Komplexität der Versorgungsaufgaben steht ein Fachkräftemangel gegenüber, der in vielen ländlichen Bereichen jetzt schon akut ist und prognostisch weiter zunimmt und nicht nur die Pflege und Medizin, sondern auch die Physio-, Ergotherapie und Logopädie betrifft (SVR, 2012, Schwarzmann et al., 2018).

Aus diesem Grund wird auch von der „doppelten Demografiefalle“ gesprochen. *„Bis zum Jahr 2030 werden in Deutschland fast 170000 Ärzte und 790000 Mitarbeiter nichtärztlicher Gesundheitsberufe fehlen. Eine Gesundheitsversorgung, wie wir sie heute kennen, würde dann nicht mehr möglich sein“* (Laschet, 2010, S.1). Der wachsenden Morbidität der Bevölkerung steht eine steigende Nachfrage nach Medizin, Pflege und

Therapie gegenüber (Bettig et al., 2012). Lösungsstrategien für dieses Problem müssen vielfältig sein. Als eine davon wird immer wieder die Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung genannt (Ewers, 2012).



Zur Vertiefung des Themas können Sie sich (optional) das Interview mit Franz Knieps, Vorstand BKK Dachverband anhören und sich im Forum dazu austauschen.



<http://www.bkk-dachverband.de/presse/audiobeitraege/podcast-aerzteschwund-und-fachkraeftemangel/>

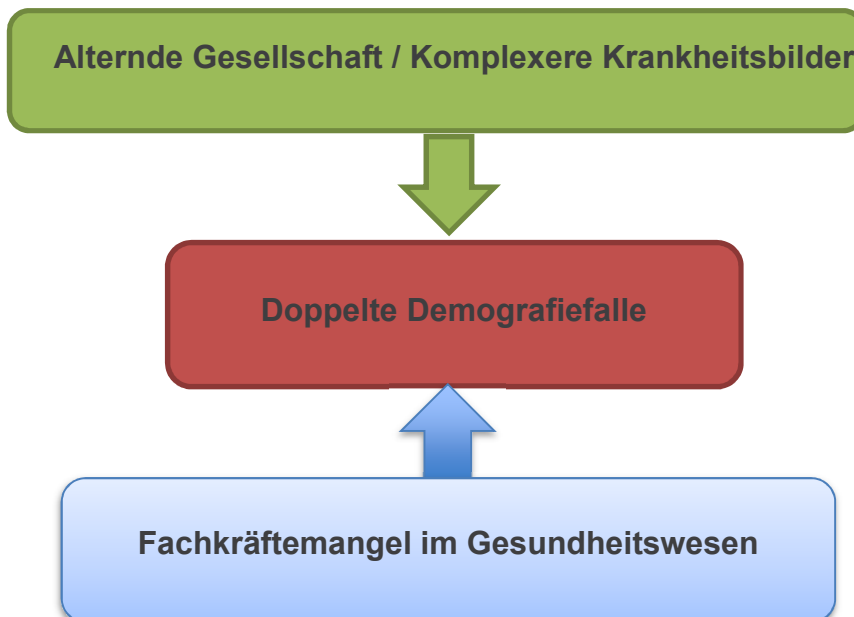


Abb.: Doppelte Demografiefalle, Eigene Abb.

Ein Videobeispiel zur interprofessionellen Teamarbeit der Robert Bosch Stiftung „Operation Team – Learning“ verdeutlicht die Relevanz und die Umsetzung interprofessioneller Teamarbeit zwischen Mediziner_innen und Pflegenden.



<https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelles-lernen>

Auch die **Berufsverbände** und übergeordnete Institutionen der Pflege, Physio- und Ergotherapie und Logopädie, sowie übergreifende Studierendenverbände formulieren Ziele zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis und interprofessioneller Ausbildung:

In der **ZVK Berufsordnung der Physiotherapeuten** ist schon 1999 als „Berufliche Aufgabe“ beschrieben:

„Den Stellenwert der physiotherapeutischen Behandlung im gesamten Therapieplan zu bestimmen und zu vertreten, Informationen einzuholen und zu geben sowie mit anderen Teammitgliedern...loyal und konstruktiv zusammenzuarbeiten.“ (ZVK, S.2)

Deutscher Pflegerat (DPR, 2004, S.5)

„Professionell Pflegende arbeiten interprofessionell mit anderen Berufsgruppen zusammen. Sie entwickeln multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen.“

Empfehlungen des **Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE)** zur Einrichtung primärqualifizierender ergotherapeutischer Studiengänge (S. 17):

„Zum besseren Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und zum frühzeitigen Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Kooperation und Zusammenarbeit empfiehlt es sich, die Ausbildung aller Gesundheitsberufe auf das Handeln am gemeinsamen Gegenstand auszurichten.“

Die Ergebnisse des Arbeitskreises Berufsgesetz (bestehend aus Vertreter_innen aus fünf Verbänden (Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl), Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs), Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba), Hochschulverband Gesundheitsfachberufe (HVG), Bund Deutscher Schulen für Logopädie (BDSL)) und fachkundigen Kollegin-

nen von Modellstudiengängen) beschreiben in ihrem Handout *Vom „Gesetz über den Beruf des Logopäden“ zum „Berufsgesetz für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“* (2017) folgende Ausbildungsziele:

Das Hochschulstudium befähigt insbesondere dazu

- a) eigene Expertisen in interprofessionellen Teams zu vertreten
- b) gemeinsame praktikable Lösungen für Patienten/Klienten und Versorgungssituationen zu entwickeln und umzusetzen, unter Berücksichtigung von Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und von anderen Professionen.
- c) Projekte der interprofessionellen Versorgungsforschung zu initiieren, planen und durchführen.

Die Vertretungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (BAG Junge Pflege des DBfK), des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD) und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) haben eine gemeinsame Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft formuliert.



https://www.bphd.de/wp-content/uploads/2018/09/2018-09_Gemeinsame-Stellungnahme_Interprofessionellen-Arbeiten-im-Gesundheitswesen-der-Zukunft-.pdf

Trotz der langjährigen und vielfältigen Forderungen nach interprofessioneller Ausbildung und einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit bleiben die positiven Effekte für die Versorgungspraxis in Deutschland noch weitgehend ungenutzt (Robert Bosch Stiftung 2011, WR, 2012).

3.2.1 Nutzen Interprofessioneller Zusammenarbeit für die Patient_innen

Das vorrangige Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit ist eine qualitativ möglichst hohe Versorgung der Patient_innen in der Versorgungspraxis (Kälble, 2014, Stone, 2009). Inwieweit Patient_innen nachweislich durch eine gute Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen profitieren, muss weiterhin langfristig

wissenschaftlich nachgewiesen werden. Studien zum Outcome für die Patient_innen kommen zu ambivalenten Ergebnissen (Sottas, 2016). Sottas et al. (2016) finden in ihrer weltweiten Literaturrecherche für den Aspekt „interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht den Patientennutzen“ eine „recht gute“ Evidenz. In der Praxis beschreiben Patient_innen „geföhlt mehr Zuwendung“, das Team gibt konsistentere Informationen, die Patient_innen und ihr Umfeld werden besser in Behandlungsprozesse eingebunden und ein besseres Wissen über den Gesundheitszustand begünstigt wiederum Prävention und Selbstmanagement und reduziert die Abhängigkeit von Pflege. Außerdem konnte durch rollenübergreifendes Handeln die Effektivität der Behandlungen gesteigert werden. Als besondere Herausforderung für die Forschung wird die Methodik beschrieben, mit der gemessen werden soll/kann, inwieweit Patient_innen von interprofessioneller Zusammenarbeit profitieren.



Vortrag (Sottas, 2016) "Team" versus "Megatrends": Gemeinsam besser reüssieren. Interprofessioneller Gesundheitskongress, Dresden:

http://www.formative-works.ch/content/files/Sottas%20-%20Team%20vs%20Megatrends%20Dresden%20RBS_April16_Web.pdf

Studien, die im Cochrane Review von Zwarenstein et al. (2009) eingeschlossen wurden, deuten darauf hin, dass interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung verbessern können. Auf Grund nur einer geringer Studienanzahl und der Heterogenität der Studien konnten jedoch keine generalsierbaren Effekte ermittelt werden.

Weitere Forschung bezüglich des Outcomes interprofessioneller Versorgung für Patient_innen wird gefordert und ist dringend notwendig, um strukturelle Veränderungen, z.B. die Abrechnung interprofessioneller Kommunikation und Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung voranzubringen.

Anhand eines Fallbeispiels, soll verdeutlicht werden, dass Patient_innen z.B. von dem gemeinsamen Ziel „Transparenz der Behandlungszielen

von Pflege und Therapie“ profitieren können. Dieses Beispiel, das in der Intensität der Zusammenarbeit der Berufsgruppen, bewusst relativ gering gehalten wurde, soll mögliche Auswirkungen von Übungseffekten in Therapie und Pflege in Alltagssituationen darstellen.

Fallbeispiel Frau Schneider

Frau Schneider, 62 Jahre, hat einen linkshemisphärischen Schlaganfall erlitten und konnte nach der Akutbehandlung und einem Aufenthalt in einer neurologischen Rehabilitationsklinik wieder zurück in die häusliche Umgebung. Sie hat zur Zeit der Entlassung nach Hause weiterhin eine Hemiplegie rechts, eine mittelschwere Körperwahrnehmungsstörung und eine schwere Broca-Aphasie. Ihr Ehemann hat ein Zimmer im Erdgeschoss für ihre Bedürfnisse ausgestattet.

Zu Hause wird sie dreimal täglich von einem ambulanten Pflegedienst versorgt und als ambulante Therapien hat sie von ihrer Hausärztin und vom Neurologen dreimal in der Woche Physiotherapie und zweimal pro Woche Ergotherapie und Logopädie verschrieben bekommen. Die Therapeuten kommen alle über die Woche verteilt zu unterschiedlichen Zeiten und treffen sich nicht bei Frau Schneider. Ab und zu finden zufällige Überschneidungen mit den Pflegepersonen statt.

Nachdem die Pflegepersonen und Therapeut_innen Frau Schneider kennengelernt haben, Verlegungsberichte gelesen und ihre eigene Befundung abgeschlossen haben, formulieren sie Pflege- und Therapieziele.

Profession	Ausgewähltes Behandlungsziel
Pflege	Mithilfe bzw. Übernahme von pflegerischen Handlungen beim Waschen und Lagern der Patientin bei der Körperpflege.
Physiotherapie	Tonussenkung, Verbesserung der Funktion des plegischen Armes
Ergotherapie	Verbesserung der Funktion der pflegerischen Seite durch Mithilfe bzw. Übernahme von Handlungen beim Anziehtraining. Verbesserung der Körperwahrnehmung durch geführte Bewegungen beim Eincremen.

Logopädie	Verbesserung des Sprachverständnisses für kurze Sätze zur Aufforderungen bei der Körperpflege und beim und Anziehen. Verbesserung der Sprachproduktion auf Wortebene zur Äußerung des Wohl- und Unwohlbefindens mit Unterstützung der nonverbalen Daumenbewegung („gut, „schlecht“, „mittel“) und Üben der Sprachproduktion der Namen des Ehemanns und der Namen der Tochter und Enkel (Wunsch der Patientin).
-----------	--

Wenn alle Beteiligten die professionsspezifischen Ziele kennen und die Überschneidungen mit eigenen Zielen erkennen, könnte Frau Schneiders Tagesablauf z.B. folgendermaßen aussehen:

1. Morgens kommt die erste Pflegeperson zum Waschen. Sie begrüßt Frau S. und fordert sie auf, sie zu begrüßen, da der Logopäde ihr berichtet hat, dass Frau S. seit neuestem mit wenig Unterstützung „Guten Morgen“ sagen kann. Sie ist auch in Kenntnis über die bewegungsbezogenen Fortschritte der betroffenen Extremitäten und kann die Fortschritte in der Physio- und Ergotherapie während der Körperpflege weiter unterstützen. Sie spricht handlungsbegleitend („Ich wasche das rechte Bein“, bitte stellen sie das linke Bein an“), damit Frau S. die entsprechenden Körperteile den Bedeutungen der Worte zuordnen lernt. Außerdem fragt sie Frau S. wie die Temperatur des Wassers ist („gut?, schlecht? Mittel?) und wartet bis sie verbal oder nonverbal mit Gesten reagiert.
2. Im Anschluss kommt die Ergotherapeutin und trainiert mit Frau Schneider die Körperwahrnehmung durch geführtes Eincremen und führt mit ihr ein geführtes Anziehtraining durch, bei der Frau S. möglichst viele Handlungen übernehmen soll und dafür den gesunden Arm und das gesunde Bein einsetzt. Frau S. wird zum Schluss in einen stabilen „Bettsitz“ gelagert mit Unterstützung der betroffenen Körperhälfte durch Lagerungsmaterial.

3. Danach hat Frau S. eine kurze Pause bis ihr Mann zum gemeinsamen Frühstück zu ihr ans Bett kommt. Frau S. benutzt situativ Floskeln wie „Danke“.
4. Am Nachmittag kommt der Logopäde und übt mit Frau S. das Umsetzen kurzer Aufforderungen von Alltagshandlungen beim Waschen und Anziehen (z.B. „Bitte linken Arm hoch heben“, „Bitte Mund öffnen“, „Bitte Haare kämmen“), und mit Hilfe der Gestik „Daumen hoch“, „Daumen runter“, „Daumen schräg“ die Worte „gut“, „schlecht“ und „mittel“. Zum Schluss schauen sie sich ein Foto des jüngsten Enkelkinds an, das am späten Nachmittag mit der Tochter kommt und sie üben Begrüßungsfloskeln und die Namen der beiden („Hallo Ida“, „Tschüss Maria“). Der Ehemann wird über dieses sprachliche Ziel am Nachmittag informiert und angeleitet, wie er Frau S. beim Wortabruf der Namen und Floskeln helfen kann. Zum Abschied setzt Frau S. das vorher geübte „Tschüss“ ein.
5. Am nächsten Tag kommt der Physiotherapeut, gibt eine Gelegenheit dafür, dass auch Frau S. sein „Guten Morgen“ erwidern kann und übt mit ihr, da sie schon mit Unterstützung der Pflege gewaschen und angezogen ist, den Transfer in den Rollstuhl. Frau S. soll sich möglichst selbstständig aufrichten und das Halten des betroffenen Arms mit ihrem „gesunden“ Arm mit unterstützen. Der Physiotherapeut fragt, wie das heute geklappt hat und Frau S. „signalisiert“ mit Daumen hoch „gut“.

Es hat, obwohl sich die Akteure nicht persönlich getroffen haben, eine interprofessionelle Kooperation stattgefunden, die der Patientin hilft, Therapieerfolge auszubauen, Teile der Körperpflege selbst zu übernehmen und die erzielten Fortschritte zu stabilisieren.

Dafür sind in diesem Beispiel folgende Maßnahmen notwendig:

- Interprofessionelle Denk- und Herangehensweise aller Akteure.
- Gemeinsame Zielsetzung „Transparenz der alltagsrelevanten Pflege- und Therapieziele“ (z.B. durch gemeinsame Dokumentation).

- Kurzfristige Weitergabe von Pflege- und Therapieerfolgen der beteiligten Berufsgruppen.
- Berücksichtigung der Belastbarkeit der Patienten (Pausen einplanen), Verteilung der Therapieeinheiten über die Woche.
- Einbeziehung der Angehörigen.
- Informationen über die Möglichkeiten der Partizipation der Patienten (z.B. Besuch des Enkelkinds) durch Einbeziehung des Ehemanns.

Ein noch größerer Nutzen für Patient_innen, insbesondere bei sehr schwer betroffenen Patient_innen mit noch komplexeren Krankheitsbildern, kann entstehen, wenn Mediziner_innen, Pflege, Physio-, Ergo- und Logopädie und ggf. weitere Berufsgruppen enger zusammenarbeiten, z.B. Behandlungen überschneiden lassen oder Behandlungen in Co-Therapien durchführen.

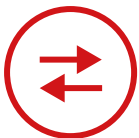
Völker (2011) fasst den Nutzen interprofessioneller Kooperation für Patient_innen folgendermaßen zusammen (S. 139):

„In diesem Sinne zielt interprofessionelle Kooperation auf eine möglichst hohe und anhaltende Wirksamkeit therapeutischer, pflegerischer, ärztlicher und weiterer Maßnahmen zum Wohle des Patienten. Dabei kommen auch die Angehörigen und das gesamte Umfeld der Betroffenen in den Blick, die gleichfalls von den positiven Effekten berufsübergreifender Zusammenarbeit profitieren. Der Nutzen interprofessioneller Kooperation liegt also in einer höheren Effektivität.“

e-tivity 2_ Austausch über Durchführbarkeit des Fallbeispiels in der Versorgungsrealität

Tauschen Sie sich im Forum aus, inwieweit Sie das oben beschriebene Beispiel oder gemeinsame Behandlungen mit Kolleg_innen anderer Berufsgruppen im ambulanten Bereich für realistisch durchführbar halten.

1. Schritt: Posten Sie einen eigenen Kommentar und begründen Sie Ihre Stellungnahme.
2. Schritt: Kommentieren Sie zwei Kommentare von Ihren Kommiliton_innen, unabhängig von der Berufsgruppe.



3.2.2. Nutzen Interprofessioneller Zusammenarbeit für die Mitarbeiter_innen

Internationale und nationale Forschungsergebnisse zeigen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit die Arbeitszufriedenheit steigert (Körner et al., 2014, Lützenkürchen, 2005, Sottas, 2016).

„Eine hohe Arbeitszufriedenheit steigert nicht nur die berufliche Leistungsfähigkeit, sondern wirkt sich auch positiv auf das Wohlbefinden der Beschäftigten und damit die Lebensqualität aus. Arbeitszufriedenheit stellt also einen Wert an sich dar.“ (Völker, 2011, S.140).

Angehörige verschiedener Berufsgruppen (Ärzt_innen und Pflegepersonen) wurden in einer Untersuchung von Lützenkürchen (2005) zu ihrer Auffassung von Interdisziplinarität interviewt. Die befragten Mediziner hofften sich von einer guten Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen nicht nur eine bessere Patient_innenversorgung, sondern auch mehr Zufriedenheit in der Arbeit. Auch die befragten Pflegenden führten einen Teil ihrer beruflichen Unzufriedenheit auf mangelnde interprofessionelle Kooperation zurück.

Die Literaturstudie von Sottas et al. (2016) ergab die höchste Evidenz für den Aspekt „interprofessionelle Zusammenarbeit macht Fachpersonen im Job zufriedener und sie verbleiben länger im Job“. Die Fülle der Evidenz unterschiedlichster nationaler und internationaler Studien zu den Auswirkungen von interprofessioneller Zusammenarbeit spricht dafür, dass gelungene Zusammenarbeit ein positives Arbeitsumfeld schafft, Mitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen sich gegenseitig ernst genommen fühlen und eine sich gegenseitig unterstützende Haltung einnehmen, um Probleme und Engpässe gemeinsam zu bewältigen. Psychologische und gruppensdynamische Aspekte spielen eine wesentliche Rolle für die Zufriedenheit am Arbeitsplatz.

Körner et al. (2014) sehen als Voraussetzung für eine erfolgreiche interprofessionelle Teamarbeit ein geteiltes mentales Modell, bestehend aus einem gemeinsamen kognitiven Bezugsrahmen und gemeinsamen Wissen. Bei einer Befragung von 272 Mitarbeiter_innen unterschiedlicher

Gesundheitsfachberufe in 15 Rehabilitationskliniken in Deutschland zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen interprofessioneller Teamarbeit und Arbeitszufriedenheit. Die verschiedenen Gesundheitsfachberufe kamen zu unterschiedlichen Bewertungen, was ihre Hypothese stärkt, dass jeder Gesundheitsberuf sein eigenes mentales Modell der Teamarbeit hat. Es werden interprofessionelle Interventionen in Aus- und Weiterbildung empfohlen, um ein gemeinsames mentales Modell zu fördern.

Nicht gelungene Kommunikation und nicht kooperative Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen können die Arbeitszufriedenheit auch stark senken und zu einer hohen Fluktuation in Teams führen (Drössler et al., 2016).

3.2.3 Wirtschaftlicher Nutzen Interprofessioneller Zusammenarbeit

Von Entscheidungsträgern in der Gesundheitswirtschaft, also z.B. von Krankenkassen oder Trägern von Institutionen im Gesundheitswesen werden belastbare Wirksamkeitsbelege gefordert, welche den Nutzen interprofessioneller Praxis bestätigen. Aus der Perspektive eines Krankenhausträgers wird voraussichtlich in erster Linie eine Kosteneinsparung durch eine verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen erhofft. Diese könnte beispielsweise durch eine höhere Mitarbeiter_innenzufriedenheit, gesteigerte Arbeitseffizienz und weniger Krankenstand zu Stande kommen. Aber auch kürzere Verweildauer der Patient_innen im Krankenhaus und zufriedene Patient_innen allgemein wirken sich positiv auf die Wirtschaftlichkeit aus.

Sottas (2016) veröffentlichte 2016 eine Studie, gefördert durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Bern mit dem Titel „Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema“, die ein Teilergebnis aus einem weltweiten Literaturreview (2800 selektierte Publikationen) zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis darstellt. Zusammenfassend ergibt sich in der Gesamtbeurteilung zu der Wirtschaftlichkeit interprofessioneller Zusammenarbeit eine Evidenz

mittlerer Güte (Rang 6 von 10 in der Güte der wissenschaftlichen Evidenz) mit einem ambivalenten Ergebnis. Positiv wird z.B. bewertet, dass die Aufgabenverteilung in interprofessionellen Teams es erlaubt, die Fähigkeiten und Kompetenzen der einzelnen Fachpersonen optimal einzusetzen. Außerdem können durch das Mehraugenprinzip die Fehlerquote und damit auch mögliche Folgekosten reduziert werden. Weiterhin wird angemerkt, dass interdisziplinäre Teams die Effizienz steigern können und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patient_innen verkürzt werden kann.

Im Literaturreview sind aber auch negative Punkte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis beschrieben. Teamprozesse erfordern oft strukturelle Veränderungen (z.B. IT-Infrastrukturen und zusätzliche Räume) und organisatorischen Zusatzaufwand für Absprachen. Aufgabenübertragungen (z.B. Übernahme von ärztlichen Aufgaben an Pflegepersonen) bedeuten oft Funktionsänderungen, die Lohngefüge verändern und z.T. zum Einstellen von mehr Personal führen. Sottas (2016a) resümiert, dass gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit einen langjährigen Transformationsprozess voraussetzt und dass, mit geeigneten Managementansätzen, die Abläufe in einer interprofessionellen Arbeitsorganisation effizient bleiben können. Eine bessere Sektorenübergreifende Versorgung, durch die, beispielsweise kostengünstige Doppelbehandlungen vermieden werden könnten, könnte langfristig Kosten sparen.

3.3 Hürden und Chancen

interprofessioneller Zusammenarbeit

Niemand scheint gegen interprofessionelle Zusammenarbeit zu sein, auf sehr vielen Webseiten und Werbeflyern wird mit Interdisziplinarität und Interprofessionalität der eigenen Einrichtung geworben. Die WHO votiert seit Jahrzehnten für eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen für eine verbesserte Wirksamkeit und mehr Patientensicherheit, weniger Leerlauf, mehr Effizienz und Kostensenkungen. Es stellt sich also die Frage, warum sich Interprofessionelle Zusammenarbeit nicht schon längst flächendeckend

durchgesetzt hat und selbstverständlich in die Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe Einzug erhalten hat.

Insbesondere im deutschsprachigen Raum scheint es große Hürden zu geben. Auf der Mikroebene scheinen die Hürden für interprofessionelle Zusammenarbeit in Deutschland auch in den historisch gewachsenen stark hierarchischen Rollenverständnissen zu liegen. Ein Machterhalt gemäß dem «Kapitänsprinzip» der ärztlichen Berufe gegenüber den „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufen scheint hier im internationalen Vergleich besonders ausgeprägt zu sein. Ein häufig genanntes Argument auf der Makroebene ist, dass für komplexe Probleme in der Gesundheitsversorgung fachliche Expertise in der eigenen Profession notwendig ist und darüberhinaus eine besondere Spezialisierung stattfinden muss. Arbeitsteilung, Fragmentierung und Spezialisierung waren über viele Jahre Antworten auf solche Herausforderungen (Robert Bosch Stiftung, 2011). Der aktuelle internationale Ruf nach Kooperation, Vernetzung, Schnittstellenüberwindung und Interprofessionalität zeigt, dass die Arbeitsteilung und Spezialisierung zwar Teilprobleme bewältigen kann, aber nicht mehr vereinbar ist mit den aktuellen Erwartungen der Patienten an eine ganzheitliche und individuelle Versorgung (Robert Bosch Stiftung, 2011).

Neben strukturellen, prozeduralen und ökonomischen Hindernissen stellt eine Hürde auch die unzureichende Befähigung der Gesundheitsprofessionen zur vertrauensvollen, ineinandergreifenden und produktiven Zusammenarbeit dar (Ewers & Reichel, 2017). Auf der Umsetzungsebene können auch unklare Zuständigkeiten, Vorurteile und Stereotypen gelungene Zusammenarbeit verhindern.

In Tabelle 2 sind Hürden und fördernde Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit auf Makro-, Meso- und Mikroebene aufgeführt.

Tab. 2: Hürden und fördernde Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit, eigene Darstellung

Ebene	Hürden	Fördernde Faktoren
Makroebene (Gesundheitssystem)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsteilung ▪ Spezialisierung ▪ Langwierige Veränderungsprozesse ▪ Sektorengrenzen ▪ Keine Honorierung für interprof. Zusammenarbeit ▪ Datenschutz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient_innenorientierung über Sektorengrenzen hinweg ▪ Fördernde Verwaltungspraxis von Ärzt_innen ▪ Kooperierende Krankenkassen
Mesoebene (Institutionelle und organisatorische Faktoren)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ notwendige Investitionen (z.B. räumlich) ▪ Nicht ausreichende zeitliche Ressourcen ▪ Intransparente Dokumentation ▪ Langsamer Informationsfluss ▪ Keine Unterstützung von Vorgesetzten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessionelles Konzept ▪ Zeitliche und räumliche Ressourcen ▪ Kurze Wege ▪ Persönliche Kontakte ▪ Transparente Dokumentation und gemeinsame Zielsetzungskonzepte ▪ Gemeinsame Sprache
Mikroebene (Personelle Faktoren)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fixierung auf eigene Fachlichkeit ▪ Kompetenzgefälle zwischen Fachkräften ▪ Vorurteile und Unwissen ▪ Unzureichende Flexibilität ▪ Angst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachübergreifendes Wissen ▪ Neugier, Interesse & Akzeptanz ▪ Soziale und Kommunikative Kompetenz, Teamfähigkeit ▪ Interprofessionelle Ausbildung und/oder Fort- und Weiterbildungen

Insbesondere auf der Makroebene sind Veränderungsprozesse häufig langsam und aus der individuellen Perspektive heraus schwer beeinflussbar, auf der Mikro- und z.T. auch Mesoebene können einzelne Personen in ihren beruflichen Feldern durchaus Einfluss nehmen und Veränderungsprozesse initiieren und vorantreiben, auch wenn es dabei strukturelle, organisatorische und personelle Hürden zu überwinden gibt.

3.4 Wie und wo lernt man interprofessionelle Zusammenarbeit?

3.4.1 Interprofessionelles Lernen

International ist auf eine Fülle von Literatur zu interprofessionellem Lernen zurückzugreifen. An dieser Stelle soll auf einschlägige Definitionen hingewiesen werden, die das Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2010 formuliert haben:



“Interprofessional Education (IPE): occasions when two or more members (or students) of two or more professions learn with, from and about one another to improve collaboration and the quality of care” (CIHC, 2010, S.24).

“Interprofessional education occurs when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes” (World Health Organisation, 2010, S. 7).

In dieser Definition sind die wesentlichen Merkmale des interprofessionellen Lernens erfasst:

- Studierende zweier oder mehrerer Berufe lernen übereinander („learn about“)
- sie lernen dabei voneinander („learn from“),
- sie lernen miteinander (gemeinsam) („learn with“)

- das Ziel der Lernaktivitäten besteht darin, eine wirksame Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung und verbesserte Gesundheitsergebnisse zu ermöglichen („to enable effective collaboration and improve health outcomes“).

In vielen anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern ist das interprofessionelle Lehren und Lernen (Interprofessional Education, - kurz IPE) seit vielen Jahren an einigen Ausbildungsstandorten etabliert (Oandasan & Reeves, 2018; Vyt et al. 2015, Sottas, 2016b). Die Ausbildungssituation ist aber nicht ohne weiteres auf das deutsche Ausbildungssystem zu übertragen. Die Pflege- und Therapieberufe werden in Deutschland nicht flächendeckend hochschulisch qualifiziert, sondern finden weiterhin hauptsächlich an Berufsfachschulen statt. Siloartige Ausbildungen auf unterschiedlichen Ebenen (Studium vs. Berufsfachschulische Ausbildung) und an unterschiedlichen Lernorten (Berufsfachschulen, Hochschulen für angewandte Wissenschaft und Universitäten) erschweren, insbesondere mit Studierenden der Medizin, interprofessionelle Lern- und Lehrszenarien umzusetzen (Lehmann et al. 2014).

Interprofessionelles Lernen kann sowohl ein Produkt von interprofessioneller Ausbildung sein, als auch spontan am Arbeitsplatz oder anderen Fort- und Weiterbildungssettings geschehen (Freeth et al., 2005). Im englischsprachigen Raum wird zwischen **Interprofessional Learning (IPL)**, **Interprofessional Education (IPE)** und **Interprofessional Practice (IPP)** unterschieden (Barr et al., 2017, Nisbet et al. 2011). Wenn interprofessionelle Ausbildung konzeptionell in der Praxis stattfindet, z.B. auf interprofessionellen Ausbildungsstationen, dann wird von **Interprofessional Practice Learning (IPPL)** gesprochen (Barr et al., 2017).

Folgende Grafik zeigt die Bereiche im Überblick, in die interprofessionelle Lernszenarien eingeordnet werden können.

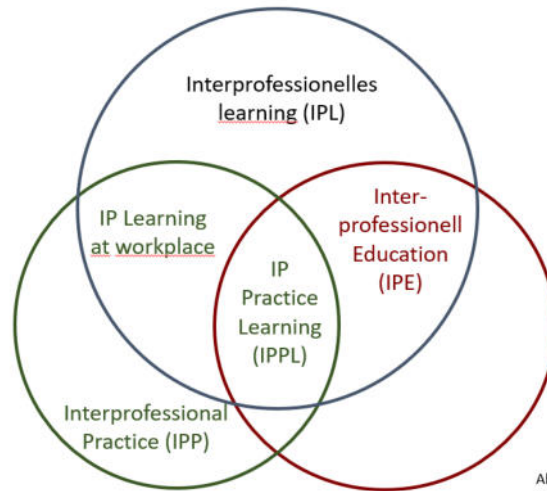


Abbildung: Heinzlmann & Hollweg, 2019

3.4.2 Learning by doing

Gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in Deutschland geht außerhalb von strukturell verankerten Teams wie z.B. in Operationssälen oder Rehabilitationseinrichtungen bisher hauptsächlich auf das Engagement individueller Personen zurück und findet zudem im ambulanten Bereich häufig unbezahlt außerhalb der regulär abrechenbaren Therapie- und Pflegeeinheiten statt. Sie ist zum Teil „aus der Not“ geboren, da fehlende oder nicht gelungene Zusammenarbeit und Kommunikation zum Nachteil für die Patient_innen und zur eigenen Arbeitsunzufriedenheit führen können und als konstruktive Strategie der Kontakt zu den anderen Berufsgruppen gesucht wird, um gemeinsame Lösungen zu finden. Dies betrifft insbesondere die ambulante Gesundheitsversorgung in Praxen, bei Hausbesuchen oder in Pflegeeinrichtungen, Schulen oder Kindergärten. Aber auch im stationären Bereich bestehen nicht überall Rahmenbedingungen, die den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen fördern.

Wenn nicht die berufsfachschulische oder hochschulische Ausbildung schon auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet hat, wird diese häufig in der Praxis als „Einzelkämpfer_in“ „Learning by doing“ erlernt. Positive Erfahrungen können diesen Prozess vorantreiben, Rückschläge durch Misserfolge aber auch zu Resignation oder Frustration

führen. Dies kann sogar dazu führen, dass die Kommunikation mit andere Berufsgruppen eher gemieden wird.

Die Arbeit als Mitglied eines interprofessionellen oder multiprofessionellen Teams (z.B. ambulantes Rehabilitationszentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum, bestimmte Abteilungen in Kliniken) kann eine gute „Schule“ für interprofessionelles Denken und Handeln sein. Hier könnte man von Interprofessionellem Lernen am Arbeitsplatz sprechen (IP Learning at workplace), das spontan geschieht und nicht in einem Aus- Fort- oder Weiterbildungscurriculum verankert ist. Es kann jedoch auch sein, dass z.B. lang bestehende starre Strukturen oder eingeschliffene Stereotype in der Zusammenarbeit (z.B. „die Therapeuten/ die Pflegekräfte...) eher hinderlich für einen konstruktiven interprofessionellen Austausch sind.

e-tivity 3

Austausch über interprofessionelle Zusammenarbeit in ihrem beruflichen Umfeld



Schritt 1: Überlegen Sie eine Situation aus Ihrem beruflichen Alltag, in denen Sie mit anderen Berufsgruppen zu tun hatten und beantworten Sie sich selbst danach folgende Fragen:

- Welches Ziel hatte der Kontakt?
- Welche Form hatte der Kontakt (persönlich, telefonisch, per Email?)
- Wie lange dauerte der Kontakt?
- Fand der Kontakt auf Augenhöhe statt?
- Wie bewerten Sie den Kontakt (positiv, negativ, neutral)?
- War der Kontakt erfolgreich (hat sich für ihre/n Patient_in oder Sie etwas positiv verändert)?
- Was wünschen Sie sich für die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen in Ihrem Arbeitsfeld?
- Was sind Hürden, was fördernde Faktoren in Ihrem Arbeitsfeld?

Beschreiben Sie kurz (max. 2000 Zeichen mit Leerzeichen) unter Zuhilfenahme der oben stehenden Fragen die Situation und das Ergebnis und posten Sie den Text zur besseren Übersichtlichkeit direkt ins Forum (kein PDF, kein Word).



Schritt 2: Austausch

Diskutieren Sie im Forum, warum sich die Zusammenarbeit bisher nicht so gestaltet, wie Sie es sich wünschen und was sich ändern müsste oder warum was besonders förderliche Faktoren waren.

Kommentieren Sie mindestens zwei Forenbeiträge (inter- oder monoprofessionell).

3.4.3 Interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen

In einigen komplexen Bereichen der Gesundheitsversorgung haben sich Fort- und Weiterbildungen etabliert, die interprofessionelle Pflege- und Behandlungskonzepte vermitteln, wie z.B. das Bobath-Konzept (Bente et al., 2017) das Affolter-Konzept (Affolter, 2006) oder die Facio-Orale Trakt Therapie (Coombes, 2008, Nusser-Müller-Busch, 2015) zur Befundung und Behandlung von neurologischen Patient_innen. Auch verhaltenstherapeutische Konzepte, wie z.B. das IntraActPlus-Konzept (Jansen & Streit, 2006) oder psychomotorische Diagnostik- und Therapieverfahren richten sich an interprofessionelle Zielgruppen.



<http://www.bobath-vereinigung.de/das-bobath-konzept.html>
<https://wahrnehmung.ch/therapie>
<https://www.formatt.org>

Auch übergreifende Themen in Fort- und Weiterbildungen, wie z.B. die palliative Pflege und Therapie, Schmerzmanagement oder Sterbebegleitung finden häufig interprofessionell statt.

Weiterhin finden Fort- und Weiterbildungen zur Stärkung der organisatorischen und kommunikativen Fähigkeiten für Gesundheitsberufe professionsübergreifend statt, z.B. Konfliktlösung im Team, kultursensible Kommunikation oder Zeit- und Selbstmanagement.

Die meisten interprofessionell angelegten Fortbildungen für Berufstätige sind kostenpflichtig, werden aber für viele pflegerische, physio-, ergotherapeutische und logopädische Arbeitsbereiche gefordert und haben oft einen Einfluss auf Gehaltsstufen. In Physiotherapeutischen Praxis können beispielsweise viele Behandlungen nur mit den Krankenkassen ab-

gerechnet werden, wenn die behandelnden Mitarbeiter_innen entsprechende Fort- und Weiterbildungen nachweisen können, deren Inhalte nicht in den Berufsausbildungen vermittelt werden.

3.4.4 Interprofessionelle Ausbildung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht in der interprofessionellen Ausbildung eine Strategie, um die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu fördern, dadurch das Gesundheitssystem zu stärken und bessere Ergebnisse für Patient_innen zu erzielen (WHO, 2010).

Der GMA (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung) Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung“ hat 2015 ein Positionspapier verfasst, in dem empfohlen wird, dass die Grundlage für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis schon in der Ausbildung der Gesundheitsberufe gelegt werden sollte (Walkenhorst et al., 2015).



<https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2015-32/zma000964.pdf>

Auch die Robert Bosch Stiftung (RBS) postuliert in ihrem Sammelband „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln, Grundsätze und Perspektiven“, dass eine gute Kooperation deutlich größere Aussichten auf Erfolg hat, wenn sie bereits in der Ausbildung gelernt wird und im Berufsleben im Prozess des lebenslangen Lernens weiter aktiv trainiert wird. (RBS, 2016).

Durch gemeinsame Lehr- und Lernangebote sollen die Voraussetzungen für interdisziplinäre Kompetenz geschaffen werden und ein gemeinsames Verständnis für eine kooperativ ausgestaltete Gesundheitsversorgung unterstützt werden (RBS, 2011, Barr, 2002).

Im Förderprogramm „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ stellt die Robert-Bosch-Stiftung Mittel für die Entwicklung, Umsetzung und strukturelle Verankerung interprofessioneller Lehrangebote für die Gesundheitsberufe, immer unter Einbeziehung der Mediziner_innen, zur Verfügung. Sie setzt sich dafür ein, dass die zukünftigen Fachkräfte bereits in der Ausbildungsphase an die Kooperation in einem berufsübergreifenden

Team herangeführt werden und die hierfür erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen können.

2016 veröffentlichte die Robert Bosch Stiftung und die Gesellschaft für die Medizinische Ausbildung gemeinsam einen Sammelband über von der Stiftung geförderte Projekte zum interprofessionellem Lehren und Lernen (RBS & GMA, 2016).

Aus zwei von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekten „Inter-M-E-P-P“ und „interTUT“, an denen u.a. die ASH Berlin beteiligt war, ist der „Berliner Aufruf für interprofessionelle Ausbildung und Kooperation in den Gesundheitsberufen“ hervorgegangen (Ewers & Reichel, 2017, Reichel & Herineck, 2017).

https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/_userHome/82_hoepfnerh/Berliner_Aufruf_interprofessionelle_Ausbildung_und_Kooperation-2.pdf



„Inter-M-E-P-P“- Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege“

https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-01/Projektbeschreibung_INTERMEPP_2.Phase_.pdf

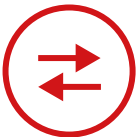
„interTUT“ – Interprofessionelle Tutorien“

<https://lernzentrum.charite.de/leistungen/arbeitsgruppen/intertut/>



Optionale Diskussion zum Berliner Aufruf für interprofessionelle Ausbildung und Kooperation in den Gesundheitsberufen

Lesen Sie den „Berliner Aufruf für interprofessionelle Ausbildung und Kooperation in den Gesundheitsberufen“ und tauschen Sie sich im Forum über die Zielsetzung und Ihre Einschätzung einer realistischen Umsetzung der Ziele aus.



In Schweden besteht seit über 20 Jahren das Konzept der **Interprofessionellen Ausbildungsstationen**. Auch in Deutschland konnten in den letzten Jahren die erste interprofessionellen Ausbildungsstationen nach skandinavischem Vorbild konzipiert und umgesetzt werden (Nock, 2018). Diese befinden sich in Heidelberg (Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA)), Freiburg (Interprofessionelle Ausbildungsstation in der Pädiatrie

(IPAPÄD)) und Mannheim (Mannheimer Interprofessionelle Ausbildungstation (MIA)). Auch in der Schweiz ist eine derartige Station im Aufbau (Zürcher Interprofessionelle Ausbildungsstation (ZIPAS)), alle Stationen sind in „Operation-Team-Projekten“ mit der Förderung der Robert-Bosch-Stiftung entstanden.

3.4.5 Interprofessionelle Kompetenz(en)

Lernziele bzw. Lernergebnisse werden im Bildungsbereich in der Regel in Form von Kompetenzen formuliert bzw. bestimmten Kompetenzbereichen (z.B. Fach- oder Methodenkompetenz) zugeordnet (Kultusministerkonferenz, 2004). Als **interprofessionelle Kompetenz** wird demnach auch das Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit als Studienziel beschrieben (Barr, 1998, CHIC, 2010, IPEC, 2011, Wood et al., 2009). Doch was verbirgt sich hinter diesem Begriff? Die Kompetenz als individuelle Eigenschaft ist nicht direkt beobachtbar, durch die Realisierung einer konkreten Handlung kann lediglich Rückschluss auf das Vorhandensein einer Kompetenz erfolgen (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007). Es stellt sich auch allgemein die Frage, ob ein Konstrukt wie eine „interprofessionelle Kompetenz“ überhaupt existiert, oder ob es sich nicht um ein Bündel von Kompetenzen handelt, die eine Grundlage für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit bilden. Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit sich ergänzende fachspezifische Kompetenzen ausgebildet sein müssen, um eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen (Kälble, 2012).

Glase (2016) identifizierte neben Kompetenzen, die es für eine gelingende Zusammenarbeit benötigt werden auch die Auswirkungen der Persönlichkeit der Akteur_innen, der Arbeitsbedingungen und negativer Einflussfaktoren.



<https://www.physiotherapeuten.de/interdisziplinaritaet-und-ihre-kompetenzen/#.XMnl79Vubow>

Internationale Modelle zur Spezifizierung interprofessioneller Kompetenz können als Rahmen für Kompetenzbeschreibungen herangezogen werden und werden im Folgenden überblicksartig vorgestellt. Die vorgestell-

ten Kompetenzen können als Grundlage dafür dienen, die eigene interprofessionelle Kompetenz und die eigene Entwicklung zu reflektieren.

In Kanada wurden die Modelle *National Interprofessional Competency Framework* (CIHC, 2010) und der *British Columbia Framework for Interprofessional Collaboration* (Wood et al., 2009) entwickelt.

In USA wurden die *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice* (IPEC, 2011) verfasst, in Schweden an der Universität Linköping das Modell *metacognitive model for interprofessional education and practice* (Wilhelmsson et al. 2009) entwickelt und in Großbritannien der *Interprofessional Capability Framework, United Kingdom* für die interprofessionelle Zusammenarbeit für alle Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens formuliert (Walsh, et al., 2005). *The CanMEDs Roles Framework* (Frenk, 2005) wurde ursprünglich für die medizinische Ausbildung konzipiert.

Einige der Modelle und der beschriebenen Kompetenzen werden im Folgenden beispielhaft dargestellt.

1. National Interprofessional Competency Framework (CHIC, 2010), (Kanada)

Die „Canadian Interprofessional Health Collaborative“ (CIHC) ist ein Zusammenschluss von Gesundheitsorganisationen, Lehrenden, Forschenden, Studierenden und Angehörigen der Gesundheitsprofessionen in Kanada, die das gemeinsame Ziel verfolgen, mit ihren Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beizutragen. Der entwickelte Kompetenzrahmen ist für alle Gesundheitsprofessionen anwendbar und umfasst sechs Kompetenzbereiche, die auf das Ziel einer verbesserten interprofessionellen kooperativen Praxis („Interprofessional Collaborative Practice“ – kurz: ICP) ausgerichtet sind. Es kann also nicht nur für die Ausbildung, sondern auch in klinischen Zusammenhängen genutzt werden, um daran ausgerichtet neue und kooperative Arbeitsmuster zu erproben und nachhaltig zu etablieren.

Abbildung: Der kanadische interprofessionelle Kompetenzrahmen (CIHC 2010)



CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver BC: CIHC
http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

e-tivity 4: Selbstreflexion meiner aktuellen interprofessionellen Kompetenzen



Reflektieren Sie die sechs Bereiche des Kompetenzmodells und schätzen auf einer Skala von 1 (niedrig) -10 (hoch) Ihre jeweilige Kompetenz zum aktuellen Zeitpunkt ein. Reflektieren Sie auch, wohin Sie sich bis zum Ende des 3. Semesters in welchen Kompetenzbereichen weiterentwickeln wollen.

1. Interprofessionelle Kommunikation:

Ich kommuniziere kollaborativ, reaktionsschnell und verantwortungsvoll.

1 _____ 10

2. Patienten-, klienten-, familien-, gruppencentrierte Versorgung

Ich begegne dem Input und dem Engagement der/des Patienten/in, Klienten/in, der Familie und/oder der Gruppe auf Augenhöhe und integriere diese beim Aufstellen der Umsetzung des Behandlungsplans.

1 _____ 10

3. Rollenverständnis

Ich verstehe meine eigene Rolle und die von anderen Professionen und nutze mein Wissen, um die Ziele einer/s Patienten/in, Klienten/in, einer Familie und/oder Gruppe zu bestimmen und zu erreichen.

1 _____ 10

4. Teamarbeit

Ich verstehe die Prinzipien der Teamarbeit und Gruppenprozesse um effektive interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen.

1 _____ 10

5. Teamorientierte Führung

Ich verstehe die Prinzipien der Führung, die ein kollaboratives Praxismodell unterstützen und kann diese anwenden. Diese Kategorie bekräftigt die gemeinsame Entscheidungsfindung genauso wie Führung und die kontinuierliche Verantwortung für das eigene Handeln, Pflichten und Rollen, die durch den jeweiligen Fachbereich definiert sind.

1 _____ 10

6. Interprofessionelle Konfliktlösung

Ich engagiere mich andere aktiv, Patienten/innen, Klienten/innen und Familien eingeschlossen, in der positiven und konstruktiven Auseinandersetzung mit

Meinungsverschiedenheiten, wenn diese entstehen.

1 _____ 10

Die Autor_innen des kanadischen interprofessionelle Kompetenzrahmens betonen, dass interprofessionelle Kompetenzen entwicklungsbedingt sind. Grundlegend berücksichtigt der Rahmen dabei bereits vorhandene Kenntnisse, Fähigkeiten, Einstellungen sowie Werte der Lernenden und der individuell erreichte Level interprofessioneller Kompetenz ist abhängig von der jeweiligen Ausbildung und der Praxiserfahrung (CIHC, 2010).

2. British Columbia Framework for Interprofessional Collaboration (Wood et al., 2009) (Kanada)

Dieses Modell wurde 2009 am College of Health Disciplines (CHD) der Universität British Columbia auf der Grundlage eines Vergleichs von bestehenden, berufsspezifischen Kompetenzmodellen aus Kanada, USA, Großbritannien, Australien und aus einer Expertenbefragung erarbeitet. 20 Kompetenzen sind den drei Kompetenzbereichen zugeordnet, die hier beispielhaft aufgeführt werden:

<p>1. Interpersonelle und kommunikative Fähigkeiten</p>	<p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das eigene Wissen und die eigene Meinung anderen gegenüber effektiv und verständlich darstellen. ▪ Den/die Patient_in und die Familie in Gruppenprozesse mit einbeziehen. ▪ Empathische und verantwortungsvolle Kommunikation.
<p>2. Patienten- und familienorientierte Versorgung</p>	<p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respektvoller und verantwortungsvoller Umgang mit den Perspektiven, Bedürfnissen und Werten von Patient_innen und Familien ▪ Partizipatorische Zielfindung

<p>3. Kollaborative Arbeitspraxis</p>	<p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kollaborative Entscheidungsfindung (effektive und gesunde Arbeitsbündnisse schließen) ▪ Verständnis für Rollen und Verantwortlichkeiten im Team ▪ Teamarbeit (Konflikte lösen, zwischen verschiedenen Interessen vermitteln)
---------------------------------------	---

3. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (IPEC, 2011) (USA)

2011 wurden in den USA von einem Expertengremium für interprofessionelle Ausbildung aus sechs namhaften Organisationen die „Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice“ (IPEC, 2011) veröffentlicht. Dieses Kompetenzmodell ist aktuell und umfassend, da es zuvor bereits entwickelte Modelle vereinigt.

Das Modell umfasst vier Kompetenzbereiche

1. Werte/Ethik für interprofessionelle Praxis
2. Rollen/verantwortlichkeiten
3. Interprofessionelle Kommunikation
4. Teams und Teamwork



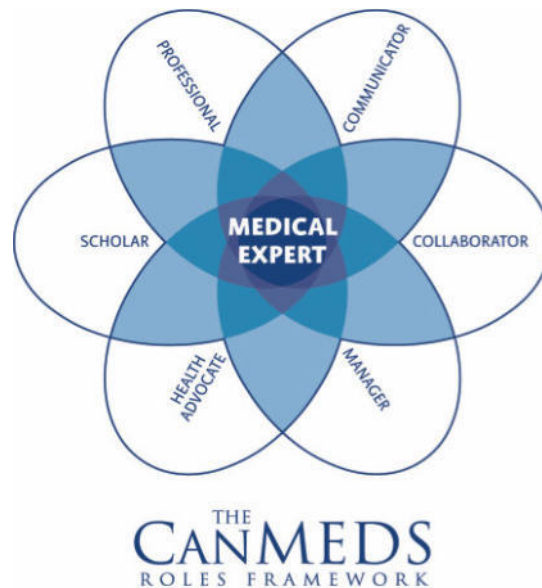
<https://www.pcpcc.org/sites/default/files/resources/Core%20Competencies%20for%20Interprofessional%20Collaborative%20Practice.pdf>

4. The CanMEDs Roles Framework

Der *CanMEDs Roles Framework* (Frenk, 2005) beschreibt die Kernrollen eines medizinischen Experten und ist ursprünglich für die medizinische Ausbildung entstanden und hat mittlerweile international einen relativ hohen Bekanntheitsgrad erreicht. Die Fähigkeit im interprofessionellem Team zu arbeiten ist eine ärztliche Schlüsselkompetenz, die auch in anderen medizinischen Outcome-Rahmenwerken formuliert wird (z.B. im nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)). Insbesondere die Rollen des „Collaborator“ und des „Communicator“ sollen Mediziner_innen auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit, ge-

meinsame Entscheidungsfindung oder Konfliktlösungen im Team einsetzen.

Abb. 1: The CanMEDS Roles Framework 2005 (Frenk et al. 2005)



Rollen des Medizinischen Experten:

- Expert_in
- Kommunikator_in
- Teamworker_in
- Manager „Health Advocate“
- Lernende/r und Lehrende/r
- Professionsangehöriger

Die Rollen können auch für andere Gesundheitsberufe herangezogen werden. Für das Ausführen jeder Rolle werden unterschiedliche Kompetenzen benötigt.

Es fällt auf, dass interprofessionelle Kompetenzen in den dargestellten Modellen sehr komplex und umfangreich sind und dementsprechend die Anforderungen an die Mitglieder des interprofessionellen Teams in den unterschiedlichen Rollen auch sehr komplex sind.

Der kurze, unvollständige Einblick in internationale Rahmenmodelle soll Ihnen lediglich bewusst machen, dass die internationale Forschung & Entwicklung zu interprofessionellen Kompetenzen schon eine wissenschaftliche Grundlage dafür geschaffen hat, auf die deutsche Initiativen in Ausbildung und Praxis aufbauen können.

3.4.6 Internationale und nationale Beispiele interprofessioneller Ausbildung

Die folgenden Informationen sollen Ihnen nun anhand von Beispielen einen Eindruck über nationale und internationale Initiativen zur Förderung der interprofessionellen Ausbildung bieten.

Basierend auf den unterschiedlichen Kompetenzrahmen wurden Empfehlungen für Ausbildungscurricula und Interprofessionelles Lernen und Lehren entwickelt. Barr et al. (2017) veröffentlichten die *Interprofessional Education Guidelines* für das Zentrum zur Förderung der Interprofessionellen Bildung (*Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE)). CAIPE ist eine 1987 in Großbritannien gegründete Wohltätigkeitsorganisation mit internationaler Reichweite, die interprofessionelle Ausbildung, kollaborative Praxis und Forschung zu diesen Themenbereichen fördert. Ziel ist es, eine nationale und internationale maßgebliche Instanz zu sein, die von Regierungen, Hochschulen und am Arbeitsplatz wahrgenommen wird. (CAIPE, 2017).

Bereits 1986 wurde an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften im schwedischen Linköping ein interprofessionelles Ausbildungskonzept entwickelt (Areskog, 2009, Wilhemsson, 2009), das vom deutschen Wissenschaftsrat (WR, 2012) als Best Practice-Modell interprofessioneller Ausbildung betitelt wurde. Die meisten Studien zu interprofessioneller Ausbildung stammen aus Kanada, USA, Schweden, Dänemark und England (Aistleithner et al., 2015) In diesen Ländern werden Gesundheitsberufe meist an gemeinsamen Fakultäten für Gesundheitswissenschaften ausgebildet. Sie können auf eine längere Tradition der interprofessionellen Ausbildung zurückblicken.

Auch in Deutschland wurden Empfehlungen zur interprofessionellen Ausbildung verfasst. Während und nach der Entwicklung interdisziplinärer bzw. interprofessioneller Studienangebote in Heidelberg (Mahler et al., 2016), Hamburg (Käuper et al., 2017) und Berlin (Beck & Rübiger,

2017, Hollweg et al. 2017, Blümke et al., 2018) wurden Herausforderungen und Chancen, Inhaltliche Schwerpunkte und Didaktische Methoden beschrieben, die bei der Entwicklung neuer interprofessioneller Lehr- und Lernarrangements im deutschen Ausbildungssystem Berücksichtigung finden können. Ebenso wurden Studien zur curricularen Verankerung interprofessioneller Lehrveranstaltungen in bereits bestehenden Studiengängen und interdisziplinären Forschungskolloquien veröffentlicht (Handgraaf et al, 2016, Hallwaß & Hollweg, 2017, Marotzki & Hansen, 2016). Der Runde Tisch Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projektes nexus der Hochschulrektorenkonferenz hat ein Impulspapier „Interprofessionelles Lehren und Lernen hin hochschulischen qualifizierten Gesundheitsfachberufen und der Medizin“ herausgegeben, das insbesondere Zusammenarbeit der angehenden Mediziner_innen mit Studierenden der Gesundheitsberufe in den Fokus nimmt (HRK Nexus, 2017).

Auf regelmäßig stattfindenden Tagungen und Kongressen, z.B. dem alle drei Jahre stattfindendem interprofessionellem Ausbildungskongress, der interprofessionellen Dreiländer-Tagung der DACH-Staaten, dem interprofessionellen Gesundheitskongress in Dresden werden aktuelle Entwicklungen und Fragen der interprofessionellen Ausbildung mit Fachpublikum und Studierenden diskutiert.

Neue örtlich und zeitlich besser zu vernetzende Ausbildungskonzepte, die gemeinsame Lernen von Medizinstudierenden und Studierenden der Gesundheitsberufe erleichtern und die curriculare Verankerung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen werden gefordert (Sottas, 2017).

4. Zusammenfassung

In den ersten Wochen dieses Moduls haben Sie sich die bereits bekannten Definitionen und Begrifflichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit ins Gedächtnis gerufen und um Begrifflichkeiten zur Art und

Intensität der Zusammenarbeit - d. h. koordinative, kooperative, und kollaborative Zusammenarbeit und Teamarbeit - ergänzt.

Sie haben sich noch einmal die Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit für Patient_innen, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter_innen und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung vergegenwärtigt, und die Ergebnisse mit Ihren bisherigen beruflichen Erfahrungen in Verbindung gebracht und mit Ihren Mitstudierenden diskutiert. Außerdem haben Sie reflektiert, in wieweit Sie interprofessionelles Denken und Handeln am Arbeitsplatz in der Praxis (IPP), bei berufsübergreifenden Fort- und Weiterbildungen oder in Ausbildung & Studium (IPE) gelernt haben und welche Kompetenzen Sie dabei erworben haben und noch weiter erwerben wollen.

Zudem wurden Ihnen für einen groben Überblick internationale Rahmenmodelle vorgestellt, die für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Ausbildung und Praxis herangezogen werden können. Schließlich haben Sie einen kleinen Einblick darüber erhalten, wo internationale und nationale interprofessionelle Ausbildung bereits stattfindet.

Diese Themen wurden in dem Modul explizit nicht vertieft, da Ihre eigene Zusammenarbeit bei der Bearbeitung von Fallbeispielen aus der Praxis und die Diskussion zu aktuellen Themen der Gesundheitsversorgung in diesem Modul im Vordergrund stehen. Eine Methode, die für interprofessionelle Zusammenarbeit mehrfach empfohlen wird, ist das Problembasierte Lernen (PBL). Für die digitale Lehre wurde diese Methode medienpädagogisch angepasst. Die Literatur zu dem jeweiligen Fallbeispiel wird erst nach der ersten Vorbesprechung frei geschaltet, da Sie in den ersten Schritten der Fallbearbeitung das Problem gemeinsam erkennen sollen und 1-2 gemeinsame Lernziele formulieren sollen. Den genauen Ablauf lernen Sie in der einer vorausgeschalteten halbtägigen Präsenzphase kennen.

5. Interprofessionelle Fallbearbeitung

- Fall 1: Science Fiction in der Gesundheitsversorgung
- Fall 2: „Zack-Bumm-Aus“ – Therapieziele für einen Patienten nach Schlaganfall in der ambulanten Versorgung.
- Fall 3: Was steckt wohl dahinter?
- Fall 4: „Das wächst sich aus!“ – Kindliche Entwicklung
- Fall 5: Das ist die Berliner Luft – Luft – Luft – Aktivierung von Menschen mit Demenz
- Fall 6: Viel hilft viel?

6. Ausblick Modul B3

Die interprofessionelle Fallbearbeitung wird in Modul B3 fortgesetzt. Der Schwerpunkt der Bearbeitung liegt dabei dann jedoch auf der selbstorganisierten Lernphase zur eigenen Recherche von inhaltlich vertiefender

Literatur und Suche nach Evidenz zur Lösung der beschriebenen Fallbeispiele. Auch der Nachbesprechung der Fälle wird aus diesem Grund mehr Raum gegeben.

7. Literatur- und Linkverzeichnis

Affolter, F., Bischofberger, W., Fischer, L., Hoffmann, W., Linzmeier, S., Trares, M. (2009). Erfassung der Wirksamkeit gespürter Interaktionstherapie, Neurologie und Rehabilitation, Hippocampus Verlag

Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., Sjuts, R. (Hrsg.) (2015). Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care.

Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität Im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24.

Arbeitskreis Berufsgesetz (2017). Handout Vom „Gesetz über den Beruf des Logopäden“ zum „Berufsgesetz für Stimm, Sprech- und Sprachtherapie“, S. 4.

Areskog, N.-H. (2009). Undergraduate interprofessional education at the Linköping Faculty of Health Sciences – How it all started. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 442–447.

Barr, H., Ford, J., Gray, R., Helme, M., Hutchings, M., Low, H., Machin, A. & Reeves, S. (2017). Interprofessional Education Guidelines. CAIPE.

Barr, H. (2002) Interprofessional Education. Today, Yesterday and Tomorrow. A review. LTSN for Health Sciences and Practice, London
<https://www.unmc.edu/bhecn/documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf>

Barr et al. (2017). Glossary reproduces selectively with the Permission of the Editor from the Journal of Interprofessional Care 2016

Bente, E. B. G. & Line, S. (2017). Die Bobath-Therapie in der Erwachsenen-neurologie, Thieme

Bettig, U., Frommelt, M., Schmidt, R. (Hrsg.). (2012). Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei-Verlag

Blümke, C, Hollweg, W., Beck, E.-M., Kraus, E. & Borde, T. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit – was die Praxis dafür braucht. *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten* 70(8), S. 97-100.

Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (BAG Junge Pflege des DBfK) des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD) & der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (2018). Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft, S. 1-3.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf [1.05.2019]

Coombes, K. (2008). F.O.T.T. Facial-Oral Tract Therapy. Spring, International Association For Disability and Oral Health., 11-12.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M.D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 116–131. DOI: 10.1080/13561820500082529.

Deutscher Pflegerat (DPR) (2004).

Deutscher Verband für Ergotherapeuten (DVE) (2016). Empfehlungen des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) zur Einrichtung primärqualifizierender ergotherapeutischer Studiengänge, S. 17.

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) (1999). Berufsordnung der Physiotherapeuten, S. 2

Deutscher Pflegerat (DPR) (2004). Rahmenprüfungsordnung, S.5

Drössler, S., Steputat, A., Schubert, M., Euler, U., Seidler, A. (2006). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Soziale Beziehungen

Ewers, M., Reichel, K. (Hrsg.) (2017). Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: das Projekt interTUT, Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ewers, M. (2012). Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum* 20(4), 10.e1-10e2

Erpenbeck, J. & Rosenstiel, L. von (Hrsg.) & (2007). Handbuch Kompe-

tenzmessung :erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis (2. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I. & Barr, H. (2005). *Effective Interprofessional Education – Development, Delivery and Evaluation*: Blackwell Publishing.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Seulveda, J., Serwadda, D., Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. December 4, 2010, Vol. 376, 9756, pp. 1923 – 1958.

Gesundheitsministerkonferenz und Kultusministerkonferenz (2015). *Gemeinsamer Bericht der Gesundheitsministerkonferenz und Kultusministerkonferenz „Fachkäftesicherung im Gesundheitswesen“*.

Glase, S. (2016). Interdisziplinarität und ihre Kompetenzen. *PT Zeitschrift für Physiotherapie*, (4)

Handgraaf, M., Dieterich, S. & Grüneberg, C. (2016). Interprofessional Education – Structural and Didactical Challenges, *International Journal of Health Professionals*, 3 (1).

Hallwass, A. & Hollweg, W. (2017). Interprofessionalität in den Modellstudiengängen der Pflege- und Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen. In: *International Journal of Health Professions*, 4 (2).

Heinze, H.-J. (2013). Akademisierung der Gesundheitsberufe wie geht es weiter?, *Ärzteblatt* 9/2013.

Hennemann, E.A., Lee, J. L. & Cohen, C. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21,1,103-109.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC) (2011). *Core competencies For interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

Jansen, F. & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Springer

Kälble, K. (2014). Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit- Terminologische Klärung. In: Kaba-Schönstein, I. & Kälble, K. (Hrsg.). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege*. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, S. 29-41

HRK – Hochschulrektorenkonferenz (2017). Handreichung Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierten Gesundheitsfachberufen und der Medizin. Impulspapier des Runden Tisches Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projekt nexus der HRK. HRK: Bonn.

Kälble, K. (2012). Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe. Public Health Forum 20. 2012 (77), S. 2.e1 – 2.e5.

Käuper, K.M. & Boettcher, A. M. (2017) Gemeinsam forschen – gemeinsam handeln – nicht ohne gemeinsam lernen! Aber wie? Das Gesundheitswesen 79 (8).

Körner, M., Göritz, A., Bengel, J. (2014). Evaluation der Teamarbeit und Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsberufen, International Journal of Health Professions, 1, 5-12.

Laschet, H. (2010). Die doppelte Demografiefalle, Ärztezeitung- online, Springer. [http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/625317/standpunkt-doppelte-demografiefalle.html] [25.5.2019]

Lehmann, Y., Beutner, K., Karge, K., Ayerle, G., Heinrich, S., Behrens, J., Landenberger, M. (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe der Berufsbildungsforschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn: BMBF Eigenverlag

Lützenkirchen, A. (2005). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – aktuelle Bestandsaufnahme. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 36 (3), pp 311-324.

Marotzki, U., Hansen, H. (2016): Steigbügel halten. Das Interdisziplinäre Forschungskolloquium der Gesundheitsfachberufe (IFG). In: Höppner, H. (Hrsg.): Promotion in den Therapiewissenschaften. Frankfurt am Main: Mabuse, 85-91

Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S., Mahler, C. (2016). Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellem Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld, GMS Journal for Medical Education, Vol. 33(2), ISSN 2366-5017

Nisbet, G., Lee, A., Kumar, K., Thistlethwaite, J & Dunston, R. (2011). Interprofessional Health Education. A Literature Review. Overview of international and Australian developments in interprofessional health education (IPE). L-TIPP (Australia). Centre for Research in Learning and Change. Sydney, University of Technology.

Nock, L. (2018). Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

Nusser-Müller-Busch, R. (Hrsg.) (2015). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts, Springer Berlin Heidelberg.

Oandasan, I., Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care* 19 (1), 21-38

Panitz, T. (1999). Collaborative versus Cooperative Learning: A Comparison of the Two Concepts Which Will Help Us Understand the Underlying Nature of Interactive Learning: <http://www.capecod.net/~TPanitz/Tedspage> [6.05.2019].

Poulton, B. (2003). Teamwork and team development in health care social care In: Watkins, D., Edwards, J. & Gastrell, P. (Hrsg.) *Community Health Nursing. – Frameworks for Practice*. 2nd edition. Edinburgh: Bailliere Tindall.

Reeves, S., Xyrichis, A. & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32:1, 1-3, DOI: 10.1080/13561820.2017.1400150.

Reichel, K. & Herinek, D. (2017). Interprofessionelles Lehren und Lernen - Klärung und Orientierung. In: Ewers M & Reichel K (Hrsg.). *Kooperatives Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: Das Projekt interTUT*. Working Paper 17-01.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

Schwarzmann, A. - L., Gerlach, S., Rohde-Schweizer, R., Straßer, B., Paul, S. & Hammer, S. (2018). Ich bin dann mal weg. *Forum Logopädie* (3), 22-27.

Stone, J. (2009). Interprofessional collaborative practice (IPCP). Definitions and terminology. Australia. ACT Health.

Sottas, B. (2013). Interprofessionelle Zusammenarbeit: Herausforderung für die Gesundheitsberufe. In: Kachler M. (Hg.): Die Zukunft der Biomedizinischen Analytik. Wien: Biomed Austria: 24-26. [Link](#)

Sottas, B. (2016a). „Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ - Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In: Müller-Mielitz S., Sottas B., Schachtrupp A. (Hrsg.): Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Melsungen: Bibliomed Verlag: 44-56. [Link](#)

Sottas, B., Mentrup, C., Meyer, P. C. (2016b). Interprofessionelle Bildung und Praxis in Schweden. In: International Journal of Health Professions 3(1). [Link](#)

Sottas, B. (2017). New Medical Schools. In: Dr. med. Mabuse. Nr. 225. [Link](#)

SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2007). Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos

SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2009). Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Baden-Baden: Nomos.

SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bern: Huber.

Voelker, C., Becker, A., Becker, S. (Hrsg.) (2011) Physiotherapie: Berufliches Selbstverständnis, Cornelsen.

Vyt, A., Pahor, M., Tervaskanto-Mentausta (Eds.) (2015). Interprofessional Education in Europe: Policy and Practice. Antwerpen-Appeldorn: Garant.

Walkenhorst, U., Mahler, C., Kaap-Fröhlich, S., Aistleithner R. Hahn, E.G., Karstens, S., Reiber, K., Stock-Schröer, B. & Sottas, B. (2015). Positionstatement GMA Committee –“Interprofessional Education for the Health Care Professions”. *GMS Z Med Ausbild.* 32 (2): Doc22. DOI:10.3205/zma000964.

Walsh, C. L., Gordon, M. F., Marshall, M., Wilson, F. & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), 230–237.

Wilhelmsson, M., Pelling, S., Uhlin, L., Dahlgren, L. O., Faresjö, T. & Forslund, K. (2012). How to think about interprofessional competence: A metacognitive model. *Journal of Interprofessional Care*, (26), 2, 85-91.

Wilhelmsson, M., Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L. O. & Faresjo, T. (2009). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (2), 121-133.

WHO – World Health Organisation (2010): Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO

WR – Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin: WR Eigenverlag

WR – Wissenschaftsrat (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Drs. 4017-14. Berlin: WR Eigenverlag

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.

Nr.	Bezeichnung, Titel	Urheber_in, Herausgeber_in	URL	Zuletzt eingesehen
1	<i>Ärztenschwund und Fachkräftemangel</i>	BKK Dachverband	http://www.bkk-dachverband.de/presse/audiobeitraege/podcast-aerztenschwund-und-fachkraefte-mangel/	18.06.2019
2	<i>Gemeinsame Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft</i>	BAG BPhD bvmD	https://www.bphd.de/wp-content/uploads/2018/09/2018-09_Gemeinsame-Stellungnahme_Interprofessionellen-Arbeiten-im-Gesundheitswesen-der-Zukunft-.pdf	18.06.2019
3	<i>"Team" versus "Megatrends": Gemeinsam besser reüssieren</i>	Formative Works, Beat Sottas	http://www.formative-works.ch/content/files/Sottas%20-%20Team%20vs%20Megatrends%20Dresden%20RBS_April16_Web.pdf	18.06.2019
4	<i>Das Bobath Konzept</i>	Bobath Vereinigung	http://www.bobath-vereinigung.de/das-bobath-konzept.html https://www.formatt.org	18.06.2019
5	<i>Das Affolter-Modell</i>	Stiftung <u>wahrnehmung.ch</u>	https://wahrnehmung.ch/therapie	18.06.2019
6	<i>Facio-Orale-Trakt-Therapie</i>	FormaTT Facial-Oral-Tract Therapy	https://www.formatt.org	18.06.2019
7	<i>Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“</i>	GMA Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung	https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2015-32/zma000964.pdf	18.06.2019

8	<i>Berliner Aufruf interprofessionelle Ausbildung</i>	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (o. J.)	https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/_userHome/82_hoepfnerh/Berliner_Aufruf_interprofessionelle_Ausbildung_und_Kooperation-2.pdf	18.06.2019
9	<i>Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege</i>	Robert Bosch Stiftung	https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-01/Projektbeschreibung_INTERMEPP_2.Phase_.pdf	18.06.2019
10	<i>Interprofessionelle Tutorien</i>	Lernzentrum Charité	https://lernzentrum.charite.de/leistungen/arbeitsgruppen/intertut/	18.06.2019
	<i>Interdisziplinarität und ihre Kompetenzen</i>	PT- Portal für Physiotherapeuten	https://www.physiotherapeuten.de/interdisziplinaritaet-und-ihre-kompetenzen/#.XMnl79Vubow	18:06.2019
11	<i>Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice</i>	IPEC	https://www.pcpcc.org/sites/default/files/resources/Core%20Competencies%20for%20Interprofessional%20Collaborative%20Practice.pdf	18.06.2019
13	<i>A National Interprofessional Competency Framework</i>	CIHC Canadian Interprofessional Health Collaborative	http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf	18.06.2019
14	<i>Interprofessionelle Lehrkonzepte</i>	Robert Bosch Stiftung	https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-03/037_18-03-29_OP-Team_Lehrkonzepte_WEB_ES.pdf	18.06.2019



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul B3:
Interprofessionelle Gesundheitsversorgung

Impressum

Modulentwicklung:

Wibke Hollweg

Modulverantwortung:

Wibke Hollweg, Christine Blümke

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



Definition



Tipp



Information



Podcast



Video



Austausch

Inhalt

1.	Willkommen	4
2.	Lernziele	5
2.1	Erweiterte Lernziele für die Fortsetzung der interprofessionellen Fallbearbeitung	5
2.2	Persönliche Lernziele für die Fortsetzung der interprofessionellen Fallbearbeitung	6
3.	Bezug zu anderen Modulen	7
3.1	Bezug zu den Kommunikationsmodulen A1 – A3	7
3.2	Bezug zu den Modulen D1-D3 zur Wissenschaftlichen Kompetenz	8
4.	Fallbearbeitung	9
4.1	Vorbereitung der Fallbearbeitung	9
4.2	Literaturrecherche	11
4.3	Auswertung und Verarbeitung der Literatur/ Medien	12
4.4	Clinical Reasoning im interprofessionellen Team	13
5.	Literatur	15

1. Willkommen

In diesem Modul wird die interprofessionelle Fallbearbeitung, die Sie schon im Modul B2 „Einführung Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ kennengelernt haben, fortgeführt. Allerdings werden sie nicht mehr nach der Methode des Problembasierten Lernens (PBL) nach dem Siebensprung vorgehen, sondern fallbasiert nach vorgegebenen Lernzielen Literatur und Medien selbst recherchieren. Dazu haben Sie in diesem Modul pro Fallbeispiel jeweils 14 Tage Zeit. Die Nachbesprechung in einer Webkonferenz findet wie gewohnt in der Gruppe statt. Die Vorstellung des nächsten Falls findet direkt im Anschluss in derselben Webkonferenz statt. Die Themen für die Fallbearbeitung haben Sie in einem Abstimmungsprozess nach dem Mehrheitsprinzip im Vorfeld (4 aus 9 Themen) selbst ausgewählt. Hier zeigte sich wieder einmal das breit gefächerte Interesse Ihrer heterogenen Gruppe. Leider konnten nicht alle Interessensgebiete berücksichtigt werden.

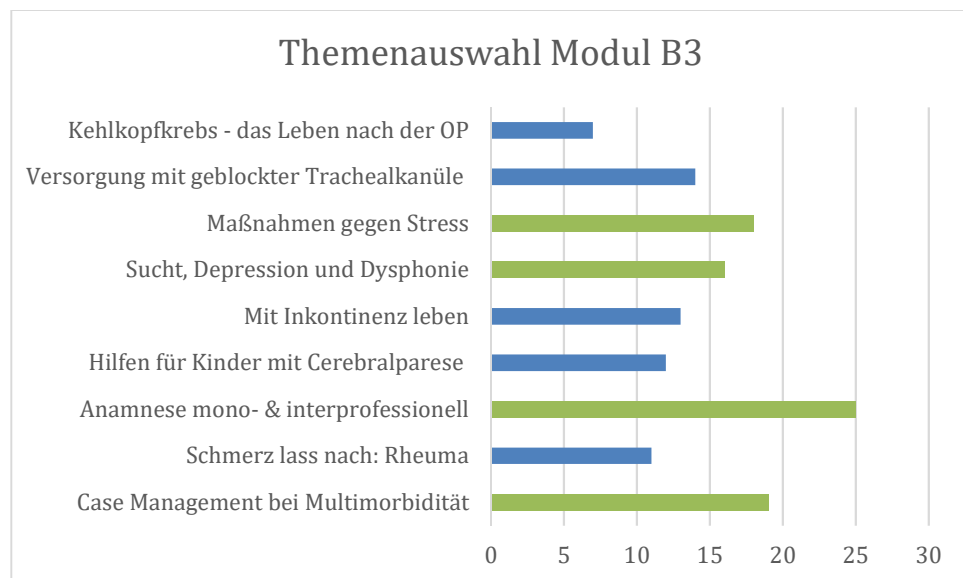


Abb.1: Ergebnisse der Abstimmung zur Themenauswahl für die Fallbearbeitungen in Modul B3, n= 33

Als **Prüfungsleistung** wird, analog zu dem Modul B2, ein ausführliches Prüfungsportfolio in Mahara erstellt, das sowohl das Ergebnis der interprofessionellen Gruppenarbeiten und individuellen Fallbearbeitung enthält, als auch den Lernprozess dokumentiert. Zusätzlich wird in diesem Modul aber auch ein Fokus auf den Rechercheprozess und das Ergebnis der eigenen Literaturrecherche gelegt. Die eigene Recherche zu den spezifischen Themen bietet eine Möglichkeit, das evidenzbasierte Vorgehen für die Praxis zu üben. Außerdem ist es eine Kernkompetenz wissenschaftlichen Arbeitens. In diesem Modul geht es also weiterhin darum, sowohl mehr über die Inhalte interprofessioneller Gesundheitsversorgung zu erfahren, als auch um den interprofessionellen kollaborativen Austausch aus unterschiedlicher professionsspezifischer Perspektive.

Dieses Studienbegleitheft soll Ihnen helfen, Verknüpfungen zu bereits erworbenem Wissen und Kompetenzen aus anderen Modulen herzustellen und Sie bei der Strukturierung der Fallbearbeitungen unterstützen.

2. Lernziele

2.1 Erweiterte Lernziele für die Fortsetzung der interprofessionellen Fallbearbeitung

- Die Studierenden treffen wissenschaftlich begründete Entscheidungen in interprofessionellen Versorgungssettings.
- Die Studierenden beurteilen interprofessionelle Zusammenarbeit in unterschiedlichen Versorgungssettings (stationär, ambulant) und in unterschiedlichen Krankheitsphasen (akut und chronisch).

- Die Studierenden wählen fachspezifische Assessments anhand von Fallbeispielen im interprofessionellen Team aus, begründen die Auswahl und diskutieren die Ergebnisse im Team.
- Die Studierenden kennen partizipatorische Zielsetzungskonzepte mit Patient_innen und integrieren diese in interprofessionelle Pflege- und Behandlungsziele.
- Die Studierenden kennen Instrumente zur Evaluation interprofessioneller Behandlungsziele.
- Die Studierenden identifizieren und analysieren Rahmenbedingungen, die in ihrem eigenen Handlungsfeld interprofessionelle Handlungskonzepte ermöglichen würden.
- Die Studierenden begründen interprofessionelle Pflege- und Behandlungskonzepte und vertreten sie vor anderen Akteuren im Gesundheitswesen.
- Die Studierenden entwickeln Ideen für die Entwicklung interprofessioneller Fallbeispiele.

2.2 Persönliche Lernziele für die Fortsetzung der interprofessionellen Fallbearbeitung

Während der interprofessionellen Fallbearbeitungen in Modul B2 haben Sie persönliche Erfahrungen bei der Umsetzung des Siebensprungs nach dem Problembasierten Lernen gemacht. Sie wurden aufgefordert verschiedene Rollen (Moderator_in, Beobachter_in, Protokollant_in) einzunehmen, zu reflektieren und Ihren persönlichen Lernprozesse zu dokumentieren.

Methoden wie das Problembasierte Lernen oder das fallorientierte Lernen haben nicht nur den fachlichen Kompetenzgewinn zu den unterschiedlichen Themenbereichen zum Ziel, sondern auch die Weiterentwicklung Ihrer Sozial- und Personalkompetenz.

Reflektieren Sie anhand Ihrer Aufzeichnungen und Erinnerungen...



- ...was Sie an Ihrem persönlichen Ausführen in den unterschiedlichen Rollen möglicherweise verändern wollen.
- ...was Sie sich für die kommenden interprofessionellen Fallbearbeitungen von der Gruppe wünschen.
- ...wie Sie ggf. Ihre Arbeitsweise in den selbstorgansierten Lernzeiten weiterentwickeln wollen.
- ...was Sie ggf. in Ihrer Kommunikation mit Ihren Mitstudierenden und/oder Lehrenden ändern möchten.
- ...inwieweit Sie zu der interprofessionellen Fallbearbeitung motiviert sind.
- ...inwieweit das „Üben“ der unterschiedlichen Rollen auch für Ihre berufliche Tätigkeit nützlich sein kann.



Notieren Sie sich Ihre Wünsche und persönlichen Entwicklungsziele, z.B. in Ihrem Portfolio zur Studienlaufbahnberatung oder an anderer Stelle, an der Sie am Ende des Moduls darauf zurückgreifen können. Sie sind dafür gedacht, dass Sie Ihren eigenen Lernzugewinn, Ihre Motivation und Ihre persönliche Entwicklung reflektieren können. Vielleicht können Sie diese zudem für die Reflexion des Lernprozesses im Prüfungsportfolio nutzen und evtl. Ergebnisse in die Gesamtevaluation des Moduls B3 einfließen lassen.

3. Bezug zu anderen Modulen

3.1 Bezug zu den Kommunikationsmodulen A1 – A3

Sowohl die Prinzipien und Werkzeuge der Kommunikation und Konfliktlösung aus dem Modul A1 „Grundlagen der Kommunikation“ als auch aus dem Modul A2 kommen bei der interprofessionellen kollaborativen Bearbeitung von Fallbeispielen zur direkten Anwendung. Insbesondere auch das Einnehmen der

Patient_innensicht und der Perspektive der Angehörigen, die in Modul A3 „Patientenorientierte Kommunikation“ im Fokus standen, kommt eine besondere Bedeutung bei der interprofessionellen Bearbeitung von Fallbeispielen aus der Praxis zu. Fallbasierte Lernmethoden kommen zwar dahingehend an ihre Grenzen, dass Modelle zur partizipativen Entscheidungsfindung nicht direkt angewendet werden können, die Patienten_innen und Angehörige in den fiktiven Fällen nicht direkt befragt und einbezogen werden können, aber es sollte auch bei der Bearbeitung von Fallbeispielen versucht werden, die Diskussion über die Perspektiven der unterschiedlichen Professionen heraus auch aus der Sicht der Patient_innen zu führen.

Sie können also nicht nur in Ihrer beruflichen Praxis, sondern auch beim gemeinsamen „Lösen“ von Fällen unter Beweis stellen, inwieweit Sie einen interprofessionellen Blickwinkel und eine professionsübergreifende Haltung verinnerlicht haben und dafür notwendiges Wissen nutzen können.

3.2 Bezug zu den Modulen D1- D3 zur Wissenschaftlichen Kompetenz

Das Recherchieren in Datenbanken zu spezifischen Fragestellungen bzw. zum Erreichen der Lernziele soll in vorliegendem Modul zur konkreten Anwendung kommen. Sie sollen aus Ihren beruflichen Professionen heraus nach Literatur suchen, die z.B. den aktuellen Stand der Forschung zu einer Fragestellung wiedergibt und die Sie dann Ihrer interprofessionellen Gruppe präsentieren können, um z.B. ein umfassendes Bild über die Behandlungsmöglichkeiten bei einer bestimmten Erkrankung aus Sicht der unterschiedlichen Berufsgruppen zusammenzustellen. Hier steht nicht nur der eigene fachliche Wissenszuwachs, sondern auch das voneinander lernen im Vordergrund. Auch das Lesen und Bewerten von wissenschaftlichen Texten und die Beurteilung von Forschungsmethoden, die Sie in den Modulen D1 und D2 zu qua-

litativen und quantitativen Forschungsmethoden gelernt haben und im Parallelmodul D3 zu qualitativer Forschung lernen, kommt hier zur Anwendung. Im nächsten Semester im Modul D4 werden Sie dann ein eigenes kleines Forschungsprojekt durchführen. Vielleicht kann Ihnen auch dieses Modul inhaltlich dazu Inspirationen liefern.

Im Kapitel 3 des Studienbegleitheftes des Moduls D1 „Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens“ haben Sie eine Einführung in die Literaturrecherche erhalten. Ebenso haben Sie von der Bibliothek der ASH in zwei Präsenzphasen schon eine Anleitung für die Recherche „Vorstellung der ASH-Bibliothek und Einführung in die systematische Literaturrecherche.“ erhalten. Nutzen Sie diese Ressourcen für die Aufgaben in diesem Modul.

4. Fallbearbeitung

4.1 Vorbereitung der Fallbearbeitung

Die erste Phase nach der Bekanntgabe der Lernziele des zu bearbeitenden Falls besteht darin, Ihr weiteres Vorgehen unter Einbeziehung der begrenzten zur Verfügung stehenden Zeit (2 Wochen) zu planen und zu strukturieren. Was können Sie in Ihrer aktuellen Lage neben Beruf und weiteren Verpflichtungen schaffen, wieviel Zeit, in der Sie in Ruhe recherchieren und lesen können, steht Ihnen zur Verfügung? Diese Situation ist möglicherweise recht gut vergleichbar mit einer realen Situation in Ihrem Berufsleben, wenn Sie für Ihre pflegerische oder therapeutische Tätigkeit evidenzbasiert vorgehen wollen, zu einem bestimmten Bereich eine wissenschaftliche Fundierung suchen und/oder einen klinischen Entscheidungsprozess (Clinical reasoning) durchlaufen. Die größte Gefahr bei einer Literaturrecherche ist es, sich in den endlosen Gängen und Schleifen der Datenbanken und Rechercheergebnisse zu verlaufen und nicht in der zur Verfügung stehenden Zeit eine zielführende Auswahl und Eingrenzung der Literatur vorzunehmen. Dies ist eine Kompetenz, die Sie

in diesem Modul lernen, ausbauen oder verfeinern können. Studien zeigen, dass die nicht zur Verfügung stehende Zeit einer der häufigsten Gründe dafür ist, nicht evidenzbasiert zu arbeiten. Zudem werden fehlende Motivation, Mangel an Ressourcen und fehlende Fähigkeiten bei der Nutzung von Datenbanken und Schwierigkeiten beim Verstehen und Interpretieren von Studienergebnissen genannt. Außerdem wird eine fehlende Praxisrelevanz vieler Studien und die nicht ausreichende Beschreibung von Interventionen angemerkt. Nicht zuletzt stehen viele Praktiker_innen der evidenzbasierten Praxis zum Teil kritisch gegenüber, da „die reine Arbeit am Patienten“ als wichtiger angesehen wird (Upton et al. 2014).



Folgende Vorgehensweise kann hilfreich sein:

1. Machen Sie sich Notizen zu Ihrem Vorgehen und einen Zeitplan.
2. Reflektieren Sie, welches Vorwissen Sie zu diesem Fall haben und ggf. welches Erfahrungswissen aus der Praxis Sie einbringen können. Gibt es einen Bedarf Grundlagenliteratur zum Krankheitsbild zu lesen oder durch andere Medien (Videos, Tutorials) das Wissen aufzufrischen?
3. Reflektieren Sie welche Perspektiven anderer Professionen Ihnen fehlen und was Sie von den anderen Berufsgruppen lernen möchten und notieren Sie sich ggf. Ihre Fragen für die Nachbesprechung.
4. Lesen Sie sich den Fall noch einmal sorgfältig durch und sammeln Sie die Informationen, die Ihnen z.B. wertvolle Hinweise für eine Eingrenzung der Fragestellung geben.
5. Versuchen Sie die Perspektive der_des Patient_in einzunehmen und suchen Sie nach Informationen, die Hinweise auf ihre_seine Bedürfnisse geben. Das Ihnen bekannte ICF-Modell kann hierbei unterstützend sein.
6. Recherchieren Sie nach Literatur/ Medien, mit deren Hilfe Sie die Lernziele oder Teilbereiche davon beantworten können.

4.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche inklusive Recherche von Medien wie Videos oder Audiodateien kann sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Je nach wissenschaftlichem Projekt, z.B. Erstellen einer Bibliographie oder Recherche für eine Qualifikationsarbeit (z.B. Bachelor-, Masterarbeit oder Promotion) sollte auch der Zeitumfang und das Ergebnis angepasst werden. Da in diesem Modul ein Zwei-Wochen-Plan vorgegeben ist, müssen Sie möglichst effizient vorgehen. Die Ergebnisse werden von jeweils 17 Studierenden aus unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Nachbesprechung zusammengetragen, so dass das Ergebnis voraussichtlich in der Summe mehr Evidenz hervorbringt, als es Ihre eigene Recherche allein könnte. Sie sollten sich aber nicht auf die Ergebnisse der anderen verlassen, sondern selbst gut vorbereitet in die Nachbesprechung kommen, um zum einen die Perspektive Ihrer Profession als auch Ihre Persönliche fundiert vertreten zu können. Die Literaturrecherche kann in dem vorgegebenen Zeitraum nicht annähernd vollständig sein. Aber einige wirklich aussagekräftige Literaturangaben oder Links zu Medien, die als Primärliteratur zur Erreichung der Lernziele beitragen können, sollten Sie selbst recherchieren.

Im Modul D1 haben Sie aus Ihrer Gruppe heraus eine Sammlung von Datenbanken zusammengestellt, auf die Sie jetzt auch wieder zurückgreifen können (siehe PDF auf moodle).



Abb.2.: Vereinfachter Prozess Literaturrecherche für Fallbearbeitung, Eigene Darstellung

4.3 Auswertung und Verarbeitung der Literatur/ Medien

Im Modul D1 Wissenschaftliche Grundlagen haben Sie erste Erfahrungen im Bewerten von Studien gemacht. Handelt es sich um Grundlagenforschung oder angewandte Forschung, um qualitative oder quantitative Forschung? Im Modul B2 wurde beziehungsweise auf Fall 3 die Forschungspyramide vorgestellt (Borgetto et al, 2016), die die Stufen der Evidenz visualisiert und gleichzeitig einen Diskussionsbeitrag zur Evidenzbasierten Praxis darstellt. Sowohl

klinisch-experimentelle, quantitative Versorgungsforschung und qualitative Forschungsergebnisse sollen laut Borgetto einbezogen werden, um bei der Suche nach Evidenz für Fragestellungen aus der Praxis der Komplexität gerecht zu werden. Sie haben im Modul B2 auch weitere Literatur kennengelernt, die Sie zur Fallbearbeitung heranziehen können (Klemme & Siegmann, 2014, Meyer, 2015, Haring & Siegmüller, 2015, Müller-Staub, 2006, Fleischmann et al., 2017).

Schubert (2018) hat in einer Befragung von 70 Therapeut_innen (11,5% Logopäd_innen, 17,1% Ergotherapeut_innen, 70% Physiotherapeut_innen, 1,4% ohne Angabe), sehr hohe Lernbedarfe hinsichtlich zusätzlicher Fähigkeiten in der Verknüpfung von wissenschaftlichem Wissen und der eigenen Erfahrung (92,8%) sowie in der kritischen Betrachtung eigener Behandlungsverfahren (89,9%) aufgezeigt.

Für die Fallbesprechungen im Modul B3 soll eine Auswahl der Literatur/ Medien erfolgen, die zur Erreichung der Lernziele beiträgt.

4.4 Clinical Reasoning im interprofessionellen Team

Im besten Fall kommt es in Ihrem Entscheidungsprozess zu einer Integration von externer Evidenz, die Sie gefunden haben, Ihrer klinischen Expertise, den eigenen Erfahrungen und Ihrem Vorwissen und denen im Fall formulierten bekannten Bedürfnisse der Patient_innen. Derart gerüstet können Sie dann in die interprofessionelle Nachbesprechung im Webinar gehen und dort Ihre Perspektive einbringen, Fragen stellen und diskutieren. Sie haben sich bereits im Modul B2 im Fall 3 aus professionsspezifischer Perspektive und in der Diskussion bei den Nachbesprechungen mit Evidenzbasierter Praxis und den

zentralen Elementen und Formen des Clinical Reasonings auseinandergesetzt und sowohl übergreifende Literatur (Klemme & Siegmann, 2015), als auch professionsspezifische Literatur dazu gelesen. Im Kapitel 8 im Studienbegleitheft D1 haben Sie die 5 Schritte des Evidenzbasierten Handelns kennengelernt. Die Implementierung des Wissens in die Praxis für klinische Entscheidungen und die Überprüfung der Implementierung ist beim fallbasierten Lernen praktisch nicht möglich. Die Literatursuche und das Lesen und Beurteilen gefundener Informationen kann jedoch sehr gut anhand dieser Methode geübt werden. Die interprofessionelle Diskussion, die in den Nachbesprechungen der Fallbearbeitungen stattfinden, kann als eine Form des Multidisciplinary Clinical Decision Making (MCDM) (Croker, Loftus & Higgs, 2008) angesehen werden, da es dabei um die gemeinsame Entscheidungsfindung verschiedener Professionen geht. Der Begriff „Collaborativ Reasoning“ ist geprägt für die berufsübergreifende Entscheidungsfindung unter ausdrücklicher Integration der Mitbestimmung durch Patient_innen (Croker, Loftus & Higgs, 2008) im Sinne des Shared Decision Making (Borgetto & Siegel, 2009). Hier besteht eine Limitation von Fallbesprechungen im Vergleich zu interprofessionellen Problemlösungsprozessen, in denen grundlegende Gedankenprozesse aller beteiligten Akteur_innen, inklusive der Patient_innen, gemeinsam vollzogen, diskutiert, reflektiert und dokumentiert werden. Für Ihre eigene Literaturrecherche in diesem Modul ist es bedeutsam, die Perspektive der Patient_innen mit zu berücksichtigen.

Durch die Verzahnung Ihres berufsbegleitenden Studiums mit Ihrer Berufstätigkeit können Sie in der Praxis bestenfalls *interprofessionelles clinical reasoning* anstoßen oder vorantreiben.

5. Literatur

Borgetto, B. & Siegel, A. (2009). Gesellschaftliche Bedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Grundlagen des beruflichen Handelns. Bern, Huber

Borgetto, B. Sitzler, L., Pfingsten, A. (2016). Die Forschungspyramide, Forum Logopädie, 1 (30)

Croker, A., Loftus, St., Higgs, J. (2008). Multidisciplinary clinical decision making. In: Higgs, J., Jones, Ma, (Hrsg.) Clinical reasoning in the health professions. 3rd ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 2008: 291-298

Fleischmann, N., Seismann-Peterson, S., Dichter, M. (2017). Einfach besser Nursen, Altenpflege, 8

Haring, R., & Siegmüller, J. (2018). Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. In.: Springer Verlag.

Klemme, B. & Siegmann, G. (2015). Clinical Reasoning – Therapeutische Denkprozesse lernen, Physiofachbuch, Thieme, Stuttgart, New York

Meyer, g. (2015). Ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem: die Rolle der Gesundheitsberufe, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109

Müller-Staub, M. (2006). Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess, Pflege, 19

Schubert, A. (2019). Lernbedarf von PraktikerInnen der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie für evidenzbasiertes Arbeiten – Querschnittsstudie, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 140

Upton, D., Stephens, D., Williams, B., Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: a systematic review of published research, *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (1)



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul B4:

Gesundheitsförderung / Prävention / Rehabilitation

1. Inhalt

1.	Willkommen	3
2.	Überblick und Lernziele	3
3.	Inhalt	5
3.1	Ätiologische Modelle von Gesundheit und Krankheit	6
3.2	Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung	13
3.2.2	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.....	15
3.2.3	Präventive Versorgung.....	17
3.2.4	Statische Modelle zu Prävention und Gesundheitsförderung	19
3.3	Grundlagen der Rehabilitation	23
3.3.1	Phasen der Rehabilitation.....	23
3.3.3	Stufenweise Wiedereingliederung	27
3.4	Stadienmodelle zu Prävention und Gesundheitsförderung.....	29
3.5	Gesetzliche Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung.....	34
3.6	Gesellschaftliche Dimension von Prävention und Gesundheitsförderung	38
3.6.1	Adipositas als Volkskrankheit	38
3.6.2	Gesundheitliche Ungleichheit und Adipositas	39
3.6.3	Gesundheitliche Ungleichheit und die Wilkinson-Hypothese	40
3.7	Entwicklung komplexer Gesundheitsförderungsstrategien.....	41
3.7.1	Die Ottawa-Charta	41
3.7.2	EU-Regionalstrategie „Gesundheit für alle“	43
3.7.3	Strategische Modelle der Gesundheitsförderung	44
3.7.4	Public-Health-Action-Cycle.....	49
3.7.5	Qualitätsdimensionen der Evaluation	50
4.	Zusammenfassung	52
5.	Ausblick	52

Besondere Informationen zum Durchlotsen durch das Online-Vorlesungsskript:



Pflichtlektüre



Vertiefung



e-tivity



Definition



Tip



Information



Austausch



Video

[Querverweis](#)
[Externer Link](#)

Wir bemühen uns, alle Quellen und Literaturhinweise online bereit zu stellen. Relevante Buchseiten haben wir für Sie eingescannt und auf unserer Lernplattform zur Verfügung gestellt. Wir verweisen im Text bzw. in den Fußnoten in Kurzzitierweise auf Literatur. Die vollständigen bibliographischen Angaben aller dort genannten Titel finden Sie im Literaturverzeichnis.

Literatur, die als Pflichtlektüre zu betrachten ist, ist als solche gekennzeichnet. Präsenzzeiten und eLearning dienen zur Vertiefung und zur praktischen Übung. Unterlagen zu den eLearning-Veranstaltungen erhalten Sie zeitnah zu den jeweiligen Terminen.

Jedes Kapitel schließt e-tivities ein. Diese e-tivities dienen zur Vertiefung und Selbstreflexion des Kapitels. Sie werden nicht benotet. Sie werden zum Teil im Rahmen der Präsenzphasen thematisiert. Sollte sich, trotz Überprüfung, bei einem Link der Fehlerteufel eingeschlichen haben, so würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns darauf aufmerksam machen.

Ihr ASH-Team

1. Willkommen

Anhand einer Fallvignette werden in Sie sich die zentralen Aspekte von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation anhand einer Fallvignette erarbeiten. Bewusst wird hierzu ein echtes und aus Datenschutzgründen nur leicht modifiziertes Patientenschicksal präsentiert. Die Symptome, Diagnosen und Maßnahmen, die mit dieser Fallvignette verbunden sind, dürften Sie aus Ihrem bisherigen therapeutischen oder pflegerischen Berufsalltag kennen. Anhand dieses Praxisfalles werden die unten genannten Lernziele erreicht, indem Krankheits- und Gesundheitsmodelle sowie die theoretischen und praktischen Grundlagen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation ebenso angesprochen werden wie die Grundlagen der Sozialgesetzgebung und der Interventionsplanung. Im Laufe des Studienbegleitheftes wird dazu der zunächst auf das individuelle Schicksal begrenzte Fokus zur zunehmend gesellschaftlichen, gesundheitsökonomischen und strategischen Bedeutung der Prävention geweitet.

2. Überblick und Lernziele

Wenn Sie dieses Studienbegleitheft vollständig bearbeitet haben, können Sie psychologische und -soziologische Modelle zu Gesundheit, Stress und Gesundheitsverhalten auf den Einzelfall anwenden und deren jeweilige Eignung kontextbezogen beurteilen. Sie können außerdem Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention anhand etablierter Kriterien definieren, differenzieren und bewerten.

Darüber hinaus können Sie die vielfältigen Möglichkeiten an Rehabilitationsmaßnahmen beschreiben, differenzieren und deren Eignung interprofessionell und fallspezifisch begründen. Zudem kennen Sie die hinsichtlich Reichweiten, Zielgruppen und Instrumenten höchst unterschiedlichen Möglichkeiten und Ansätze an Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Screeningmaßnahmen. Auf Basis dieses Wissens können Sie schließlich interprofessionell methodische

Konzepte zur Gesundheitsförderung sowie Konzepte zu deren Evaluation entwickeln.

3. Inhalt

Fallvignette, Teil 1

„Lisa Müller ist 48 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder, um die sie sich liebevoll kümmert. Allerdings bleibt ihr kaum Zeit für private Freizeitaktivitäten. Sie ist 1,78 groß und wiegt seit Jahren konstant um die 100 kg. Seit ihrer Jugend raucht Frau Müller.

Seit 28 Jahren arbeitet sie in Brandenburg als Filialleiterin im Lebensmitteleinzelhandel. In einem regionalen Supermarkt leitet sie die drei Mitarbeiterinnen an, sortiert Regale ein und bedient an der Kasse. Eigentlich ist ihr Beruf für sie Berufung. Menschen zu bedienen und zu beraten, machte ihr schon immer Spaß. Auch Personal zu führen liegt ihr. Aufgrund der zwei schulpflichtigen Kinder und des geringen Einkommens ihres Mannes ist sie auf ihre Vollzeittätigkeit angewiesen.

Seit einigen Monaten ist sie nun einem neuen Regionalleiter unterstellt, der sie regelmäßig in der Filiale besucht. Dort bemängelt er die Einhaltung von Hygienestandards, Bestellformalitäten und Arbeitsrichtlinien und moniert die seit Jahren stagnierenden Umsatzzahlen der Filiale. Zuletzt drohte der neue Regionalleiter Frau Müller mit einer Versetzung. Die ständige Kritik ihres neuen Vorgesetzten beschäftigt sie auch zuhause, ab und zu bis in den Schlaf hinein. Frau Müller fühlt sich seit einiger Zeit ausgelaugt und gestresst. Ein Gefühl, das sie bisher nicht kannte.“

3.1 Ätiologische Modelle von Gesundheit und Krankheit

Frau Müller empfindet offenbar Stress. Um die Entstehung und die gesundheitlichen Folgen einer Stressbelastung zu verstehen, stehen uns in den Gesundheitswissenschaften verschiedene Modelle zur Verfügung, von denen hier vier näher vorgestellt werden sollen:

Biopsychosoziales Modell nach ICF

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jüngst eine internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (abgekürzt ICF) entwickelt, welche derzeit weltweit etabliert wird. Im Rahmen dieses Klassifikationsschemas wird die Entstehung von Gesundheit und Krankheit als ein biopsychosozialer Prozess verstanden. Folgendes Modell soll diesen Prozess veranschaulichen:

Abbildung 1: Das Biopsychosoziale Modell nach ICF



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2010)

Zentrale Aussage: Zentrale Aussage des Modells ist, dass die Funktionsfähigkeit einer Person aus den Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, dem Körper, den Aktivitäten und der Teilhabe einer Person und ihrer individuellen Lebenssituation (dem so genannten umwelt- und personenbezogenen Kontext) entsteht.

Das Besondere: Das Biopsychosoziale Modell nach ICF rückt die Funktionsfähigkeit und die gesellschaftliche Teilhabe mit ins Zentrum der Betrachtung. Damit geht das Modell über die bis dahin gebräuchliche Version des Biopsychosozialen Modells hinaus: Das zuvor in den Gesundheitswissenschaften dominierende Biopsychosoziale Krankheitsmodell wurde erstmals im Jahre 1976 von Engel formuliert. Es definierte Krankheit und Gesundheit schon damals nicht als ein Zustand, sondern als ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Bedingungsfaktoren - konkret also als Störung des Zusammenspiels zwischen erstens Körper, Organen und physischen Gefahren, zweitens Gedanken, Gefühlen und Einstellungen sowie drittens Beziehungen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und anderen Umweltfaktoren (Egger, 2008).

Diese grundsätzlichen Überlegungen finden sich nunmehr im aktuellen Modell der WHO wieder. Demnach seien sowohl Körperfunktionen und -strukturen (Bewegungs-, Verdauungsapparat usw.) als auch personenbezogene Faktoren (z.B. Charakter oder Verhalten) sowie Umweltfaktoren (etwa soziale Netzwerke und gesetzliche Rahmenbedingungen) an der Entstehung von Gesundheit beteiligt. Hinzu kommt nunmehr die ganzheitliche, funktionsbezogene Sichtweise der ICF, wonach eine Erkrankung nicht nur die eigenen Alltagsaktivitäten und die soziale Teilhabe beeinträchtigen kann, sondern umgekehrt eine Einschränkung von Aktivitäten und Partizipation auch neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen kann. Das heißt, jedes Element des Biopsychosozialen Modells der ICF (Abb. 1) muss - etwa vom Therapeuten bzw. der Therapeutin oder der Pflegekraft - grundsätzlich als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme berücksichtigt werden. Die WHO erweitert also die bisher eher kurativ-medizinische Sichtweise, indem sie Krankheiten und Krankheitsfolgen in Beziehung zur Biographie und Lebenswelt des betroffenen Menschen setzt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2010).



Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell

Das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell ist ein weiteres Modell zur Erklärung von Gesundheit, allerdings eher aus systemischer und ökologischer Perspektive. Es beruht auf stresstheoretischen Modellen und wurde von dem Trierer Psychologen Peter Becker und seinen Mitarbeitern 1994 entwickelt.

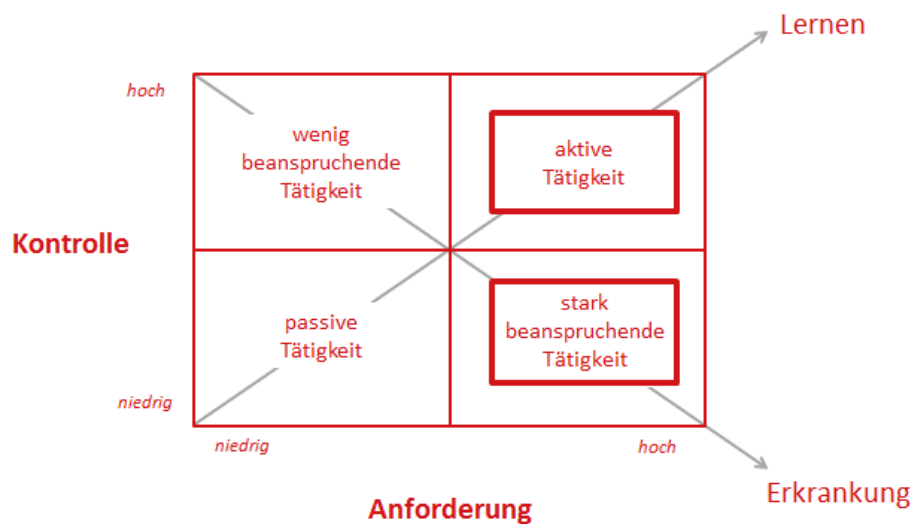
Zentrale Aussage: Dieses Modell geht davon aus, dass der körperliche Gesundheitszustand einer Person nicht nur durch die Abwesenheit von Funktionsbeeinträchtigungen beeinflusst wird, sondern durch die Nutzung von Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen.

Das Besondere: Unter Anforderungen werden hierbei etwa Stressbelastungen verstanden, mit denen sich ein Individuum auseinandersetzen muss. Diese stammen einerseits aus der beruflichen, familiären oder sozialen Umwelt (externe Anforderungen) und andererseits aus den eigenen Bedürfnissen, Zielen, Werten, Normen und Erwartungen (interne Anforderungen). Um die Anforderungen zu bewältigen, werden Ressourcen aktiviert, die sich wiederum aus internen und externen Ressourcen zusammensetzen. Interne psychische und physische Ressourcen sind die zur Verfügung stehenden Eigenschaften (Fähigkeiten, Kompetenzen, Persönlichkeitseigenschaften, Kohärenzsinn und körperliche Fitness) einer Person. Unter externen Ressourcen werden u.a. soziale Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung, soziales Ansehen), berufliche Ressourcen (etwa Besitz eines Arbeitsplatzes, Kontrolle über die Arbeit und ergonomische Arbeitsbedingungen) und materielle Ressourcen (z.B. Einkommen) verstanden (Waller, 2006).

Anforderungs-Kontroll-Modell

Während das Biopsychosoziale Modell der WHO physische und psychische Gesundheit respektive Krankheit ganz allgemein erklären kann und im Systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell Stress nur einer von vielen medizinischen „Outcomes“ darstellt, gibt es auch spezifische Modelle zur Erklärung beruflicher Stressbelastungen. Eines dieser Modelle ist das Anforderungs-Kontroll-Modell, welches von Karasek im Jahr 1979 formuliert wurde.

Abbildung 2: Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch J. (Hrsg.) (2004)

Zentrale Aussage: Gemäß diesem Modell entsteht Stress bei einer Arbeitssituation, welche durch zwei Dimensionen bestimmt ist: Zum einen durch vor allem psychomentele Anforderungen, die an den Arbeitnehmer gestellt werden, und zum anderen durch Beeinflussungs- und Kontrollchancen, welche dem Arbeitnehmer zur Gestaltung seiner Arbeit zur Verfügung gestellt beziehungsweise zuerkannt werden.

Das Besondere: Beruflicher Stress lässt sich nach diesem Modell ganz konkret vorhersagen: Tätigkeiten, die hohe Anforderungen und einen niedrigen Kontrollspielraum beinhalten, sind demnach stark beanspruchend und rufen am ehesten Stress hervor. Sie schränken die Autonomie der Person ein und üben gleichzeitig einen hohen Leistungsdruck auf sie aus (siehe das Feld rechts unten in Abb. 2).

Wenig Kontrolle über die eigene Arbeit ist aber nicht nur bei anspruchsvollen und sehr fordernden Tätigkeiten denkbar. Auch das Arbeiten am Fließband oder andere monotone und repetitive Arbeitsabläufe gibt es in unserer Wirtschaft zuhauf (vor allem in der Produktion). Derartige „passive Tätigkeiten“ können ebenfalls negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben und stresshaft erlebt werden.

In Gegensatz dazu wirken sogenannte „aktive Tätigkeiten“ motivierend und für die Gesundheit förderlich. Sie sind durch qualitative, fordernde Arbeitsinhalte bei gleichzeitig hohen Entscheidungsspielräumen und günstigen Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten gekennzeichnet (Abb. 2). Solch aktive Tätigkeiten ermöglichen es den Beschäftigten, Einfluss, Erfolg und Selbstwirksamkeit zu erfahren (Siegrist & Marmot, 2008).



Gratifikationskrisenmodell

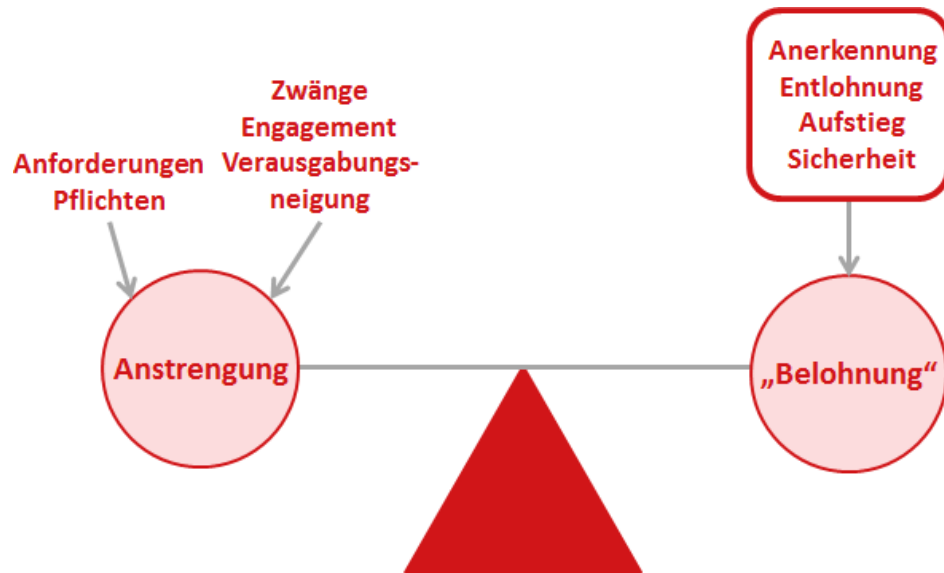
Der größte Konkurrent des vorherigen Modells „im Rennen um das beste Stressmodell“ stellt das Gratifikationskrisenmodell dar, welches der deutsche Soziologe Johannes Siegrist Mitte der Achtzigerjahre formuliert hat.

Zentrale Aussage: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen postuliert, dass ein unfaires Austauschverhältnis, also ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengungen und Belohnungen bei der Arbeit, zu Stress und zu weiteren Gesundheitsrisiken führen.

Das Besondere: Siegrists Modell basiert auf der soziologischen Norm der Reziprozität, also der Erwartung fairen zwischenmenschlichen Austausches. Reziprozität liegt dem Arbeitsvertrag zugrunde, welcher bestimmte Aufgaben und Verpflichtungen festlegt, für die im Gegenzug angemessene Belohnungen gewährt werden. Diese können in Gehalt, Gratifikationen, geldwerten Vorteilen (z.B. Dienstwagen), Anerkennung, hierarchischen Positionen samt Amtsbezeichnungen, Macht, Aufstiegsmöglichkeiten und Arbeitsplatzsicherheit bestehen.

Ist diese Reziprozität nicht gegeben, etwa indem ein hohes Maß an Engagement, Verausgabung und Zeitinvestment über längere Zeit nicht angemessen honoriert wird, werden starke negative Emotionen und qua fortgesetzter Aktivierung des autonomen Nervensystems negative Folgen für die Gesundheit provoziert.

Abbildung 3: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch J. (Hrsg.) (2004)

Besonders gefährdet sind hierbei Arbeitnehmer_innen, wenn sie entweder (1) strukturellen (ausweglosen) Zwängen unterliegen (wie etwa Ungelernte ohne Chancen auf dem Arbeitsmarkt, Ältere, Beeinträchtigte, familiär, finanziell oder regional Gebundene oder befristet Beschäftigte) oder (2) freiwillig aus strategischen Gründen langfristig in Vorleistung gehen (etwa als Nachwuchsführungskraft, Doktorand_in, Teilnehmer_in an betrieblichen Qualifikationsmaßnahmen) oder (3) eine individuelle Verausgabungsneigung aufweisen (d.h. einen inneren Antrieb und hohe Motivation haben - bei gleichzeitig verzerrter Wahrnehmung oder Fehleinschätzung der Kosten-Nutzen-Relation). Diese drei Rahmenbedingungen können ein Ungleichgewicht und damit das Stresserleben noch verstärken (Siegrist & Marmot, 2008).



In dieser Dokumentation erklärt u.a. Professor Siegrist, wie unser Wirtschaftssystem individuelle Stressbelastungen und Krankheiten verursacht:

<https://www.youtube.com/watch?v=NvvFCiSy684>

Abspielzeit: 5,07min



e-tivity 1

Überlegen Sie, wie sich das Stresserleben von Frau Müller auf Basis dieser vier Modelle erklären lässt. Setzen Sie jedes Modell graphisch für die beschriebene Fallvignette um.

Welches der Modelle erscheint Ihnen am besten geeignet? Begründen Sie Ihre Entscheidung. Vergleichen und diskutieren Sie Ihre Entscheidung mit Kommilitonen.

Denken Sie an die Situation vor dem Vorgesetztenwechsel. Bis dahin berichtete Frau Müller keine Stresssymptome. Welche Rahmenbedingungen in Frau Müllers bisherigem Leben würden Sie persönlich „stressen“?

Fallvignette, Teil 2

„Lisa Müllers berufliche Situation ist nunmehr seit einigen Monaten unverändert. In den letzten Wochen nun spürt sie zunehmende Schmerzen, die von der Wirbelsäule im Lendenwirbelbereich bis in die linke Kniekehle ziehen. Gerade das Bücken vor Regalen fällt ihr schwer. Zwei Tage war sie auch zuhause geblieben, um sich ins Bett zu legen.

Da sich die Schmerzen weiter verstärken, konsultiert sie einen Arzt. Dieser führt unter anderem einen Lasègue-Test durch, der links bei 30 Grad positiv ist. Weitere Tests und die übrige Diagnostik bleiben ohne fassbare Pathologie und ohne spezifischen Befund. Die Lendenwirbelsäule stellt sich harmonisch dar. Es gibt keine Hinweise auf eine skoliotische Fehlstellung oder einen raumfordernden Prolaps. Das Iliosakralgelenk ist reizlos und unauffällig.

Frau Müllers Arzt diagnostiziert einen unspezifischen Rückenschmerz und verschreibt ihr für eine Woche je eine Katadolon-50-Hartkapsel zur Nacht. Zudem empfiehlt er ihr dringend, aktiv zu bleiben und ihr Übergewicht zu reduzieren, indem sie die Ernährung dauerhaft umstellt und mehr Bewegung in den Alltag integriert. Diese Empfehlungen zur Verhaltensänderung scheinen für Frau Müller angesichts ihrer persönlichen Situation nur schwer umsetzbar. Erstens erscheint ihr der Schmerz ja nicht unerträglich, zweitens glaubt sie nicht, dass sie es alleine schaffen würde, ihr Ernährungs- und Mobilitätsverhalten

umzustellen, drittens wäre sie - die Vorgesetzte - in ihrer Filiale die einzige, die mit dem Fahrrad zur Arbeit käme und viertens erscheinen ihr solch umfassende Schritte doch zu aufwändig.

Allerdings bietet ein lokaler Träger zahlreiche Kurse an – neben beispielsweise Koch- und Rauchstopp-Kursen – auch ein Rückenschulseminar. Ein solches zeitlich begrenztes und kostenloses Seminar erscheint ihr wirksam und machbar. Dafür meldet sich Frau Müller umgehend an.“



e-tivity 2

Betrachten Sie den Verlauf der Beschwerden mit den vier zuvor vorgestellten Modellen. Wie beurteilen Sie angesichts der mittlerweile vorliegenden Einschränkungen nunmehr deren Eignung? Welchen Aspekt sehen Sie in der Diagnostik zu wenig beachtet?

3.2 Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung

3.2.1 Definition Prävention und Gesundheitsförderung

Die Begriffe Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung werden weder in der Praxis noch in der Fachliteratur einheitlich verwendet. Der historisch deutlich ältere Begriff „Krankheitsprävention“ wird meist zu „Prävention“ verkürzt und entwickelte sich in der frühen Medizin des 19. Jahrhunderts aus den Bestrebungen um Hygiene und Volksgesundheit. Seither wird der Begriff Prävention eher mit der Vermeidung von Krankheiten in Verbindung gebracht. Konkret sollen vor allem die Risiko- und Auslösefaktoren von Krankheiten zurückgedrängt oder ganz ausgeschaltet werden. Beispiele hierfür sind eindeutig auszumachende

Risikofaktoren wie Tabakrauch, krankmachende Viren und Bakterien, Gefahren im Straßenverkehr oder die Prävention von Nadelstichverletzungen. Folglich spricht man auch von Tabakprävention, Impfprävention, Unfallprävention usw.

Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ ist jünger und entwickelte sich in den letzten etwa 30 Jahren aus den gesundheitspolitischen Debatten der WHO, die bei der Krankheitsentstehung neben klassischen medizinischen auch soziale, ökonomische und politische Aspekte berücksichtigte. Der Begriff Gesundheitsförderung etablierte sich schnell nach der WHO-Konferenz in Ottawa im Jahre 1986. Der vormals dominierenden Krankheitsprävention, bei der eher eine Vermeidungsstrategie verfolgt wurde, stellte die WHO mit der Gesundheitsförderung eine Förderstrategie entgegen. Dabei sollen Individuen ebenso wie ganze Bevölkerungsgruppen neben Aufklärung und Unterstützung vor allem durch eine strukturelle Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung ihrer gesundheitlichen Ressourcen erfahren.



Dies kann zum Beispiel in Settings, also in den sozialen Systemen stattfinden, in denen sich Menschen regelmäßig aufhalten, zum Beispiel in Kindergärten, Betrieben, Schulen oder Stadtteilen (Klotz, Haisch & Hurrelmann, 2006). Da präventive Interventionen durchaus auch gesundheitliche Ressourcen stärken können, ist die Unterscheidung zwischen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung durchaus oft schwierig und unscharf, was bei ihrer Verwendung stets bedacht werden sollte.



e-tivity 3

Im Kursprogramm des lokalen Trägers findet Frau Müller auch Angebote wie etwa „Kochkurse für Jedermann“, „Herzsportgruppen für Bluthochdruckpatienten“, Regionalgruppen „Sport nach Krebs“ und Rauchstopp-Kurse. Würden Sie diese Kurse eher als Maßnahmen zur Krankheitsprävention oder zur Gesundheitsförderung sehen? Wo fällt Ihnen die Entscheidung leichter, wo schwerer und warum?

3.2.2 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Folgt man der Auffassung von Prävention im Sinne einer Krankheitsvermeidung, lässt sich der Begriff je nach Zeitpunkt der Intervention unterscheiden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Waller, 2006). Diese Unterscheidung meint Folgendes:

Primärprävention: Primärprävention umfasst alle präventiven Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung. Klassische Beispiele einer solchen „Gesunderhaltung“ eines noch ungeschädigten Organismus sind etwa Schutzimpfungen und Maßnahmen zur Kariesprophylaxe.

Sekundärprävention: Bei der Sekundärprävention sollen bereits vorhandene, aber noch symptomlose Schädigungen frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden. Beispiele hierfür sind Früherkennungsmaßnahmen wie Gesundheits-Check-Ups und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Auch fallen Screeningmaßnahmen wie das jüngst eingeführte Hautkrebsscreening, das Darmkrebsscreening und das bundesweite Screening auf Schwangerschaftsdiabetes unter diese sekundärpräventiven Maßnahmen.

Tertiärprävention: Im Rahmen der Tertiärprävention sollen Rückfälle und Folgeschäden eingetretener oder überstandener Krankheiten durch entsprechende Maßnahmen verhindert oder zumindest abgemildert werden. In der Regel sollen Rehabilitations-Maßnahmen auch tertiärpräventiv wirken.



Genauso wie es begriffliche Unschärfen zwischen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gibt, so ist auch die Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nicht immer einfach. So können Symptome oder Verhaltensweisen von Pflegekräften, Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen und Physiotherapeut_innen beobachtet werden, die selbst noch zu keiner manifesten, organischen Erkrankung geführt haben. Beispiele hierfür sind erster gelegentlicher Tabakkonsum, Schluckstörungen (Dysphagien) oder unspezifische Rückenschmerzen. Sieht man mögliche konkrete Erkrankungen im Mittelpunkt, wären therapeutische Interventionen hier durchweg als primärpräventiv anzusehen. In der Praxis allerdings befindet sich

beispielsweise für die Therapeutin oder den Therapeuten häufig das konkrete Verhalten oder das Symptom im Mittelpunkt seines Interesses. Dann verschieben sich die Ebenen der Prävention: So spricht man in der Tabakprävention von Primärprävention, wenn der Erstkonsum verhindert werden soll, von Sekundärprävention, wenn Tabakentwöhnung angeboten wird und von Tertiärprävention, wenn ein Wiedereinstieg von Exrauchern verhindert werden soll, unabhängig vom Vorliegen tabakspezifischer Erkrankungen (Hanewinkel & Isensee, 2012).



Die Kritik an dieser manchmal unklaren Differenzierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Hafen, 2002) machte in jüngster Zeit einen alternativen Ansatz populär. Dieser grenzt die Prävention von der Therapie ab, indem zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden wird. Diese drei Präventionsarten zielen auf Personen, die keine aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen und daher auch keine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen. Bei der universellen Prävention handelt es sich um Maßnahmen (wie z.B. mediale Kampagnen zu Sport oder gesunder Ernährung), die die ganze Bevölkerung ansprechen. Bei der selektiven Prävention zielt man auf Subgruppen mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko, wie bspw. bei der Empfehlung einer Grippeimpfung für ältere Menschen, bei Hepatitis-C-Präventionskampagnen unter intravenös Drogen Konsumierenden oder bei der AIDS-Aufklärung unter Homosexuellen. Indizierte Prävention dagegen richtet sich an Personen, die bereits individuell gesicherte Risikofaktoren für eine bestimmte Erkrankung (etwa Bluthochdruck) aufweisen.

Außerdem lassen sich Präventionsmaßnahmen danach einteilen, inwiefern sie auf das Individuum oder seine Lebensumwelt abzielen. Diesbezüglich kann man zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterscheiden (Waller, 2008).



e-tivity 4

Versuchen Sie, die oben genannten Angebote aus dem Kursprogramm entlang der Kategorien Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, universelle, selektive und indizierte Prävention und Verhaltens- und Verhältnisprävention einzuteilen. Was fällt Ihnen dabei auf?

3.2.3 Präventive Versorgung

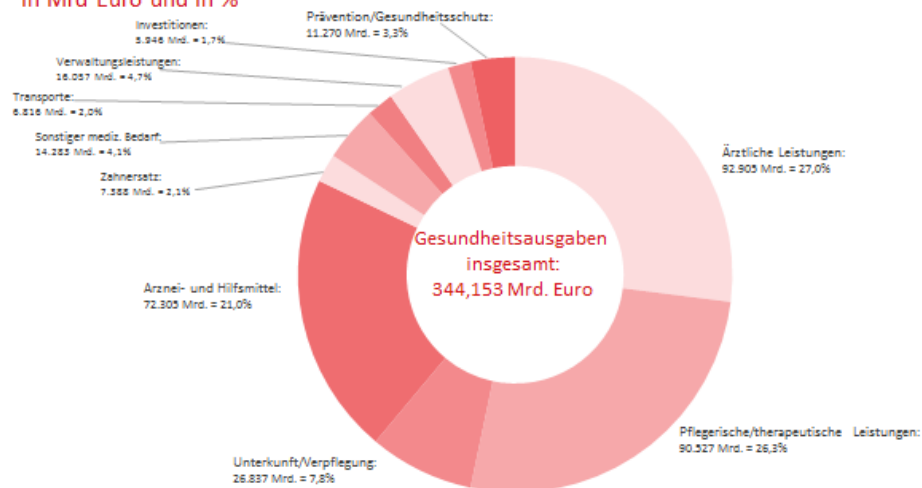


Präventive Maßnahmen machen hierzulande mit aktuell 11 Milliarden EURO lediglich 3% aller Gesundheitsausgaben in Höhe von 344 Milliarden EURO aus (2015; Statistisches Bundesamt, 2017). Umso wichtiger ist eine enge Verzahnung und Koordination innerhalb dieses gemeinhin gesundheitsökonomisch effizienten, aber dennoch unterfinanzierten Sektors.

Abbildung 4: Anteil der Ausgaben für präventive Maßnahmen an allen Gesundheitsausgaben in Deutschland

Gesundheitsausgaben nach Leistungen 2015

In Mrd Euro und in %



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017)

Zwar könnten vor allem viele präventive Verhaltensänderungen auf individueller Basis und aus eigenem Antrieb geschehen (so genannte Selbstprävention, etwa für Privatzahlerinnen oder Privatzahler die IGeL-Angebote oder für betroffene Seniorinnen oder Senioren die individuelle Installation von Alarmgebern oder die Anschaffung von Hüftschutz-Sets mit Protektoren). Bei vielen anderen Interventionsfeldern ist eine koordinierte, professionelle Unterstützung aber regelmäßig unabdingbar (etwa bei einer durch eine Logopäd_in oder einen Ergotherapeut_in durchgeführten Hör-Sprach-Frühförderung oder etwa bei Maßnahmen

zur Sturzprävention oder zur telemedizinischen Vitalwertüberwachung als Teil eines Ambient Assisted Living (AAL)-Ansatzes in der Pflege.

Präventive Versorgung bezieht sich also auf beide oben genannte Zielbereiche: auf Prävention ebenso wie auf Gesundheitsförderung. Sie wird von professionellen »Versorgern« als Personen oder Institutionen ausgeführt. Die präventive Versorgung wird als die 3. Säule der Versorgung neben der kurativen und der rehabilitativen Versorgung angesehen.



Definition

Als Präventive Versorgung werden sämtliche Maßnahmen von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachkräften bezeichnet, die als Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahme konzipiert sind. Hierzu zählen alle professionellen und institutionell durchgeführten Aktivitäten, die dazu beitragen, die Gesundheit aufrechtzuerhalten, Krankheiten zu verhüten bzw. ein Wiederauftreten zu verhindern.

Um Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erfolgreich zu verstetigen und einen nachhaltigen Transfer zu sichern, sind sie auf Basis der oben ausgeführten Grundlagen auf mehreren Ebenen zeitgemäß, effektiv und effizient zu konzipieren. Die Strukturen der präventiven Versorgung erlauben anderes als bei individuell veranlassten Präventionsmaßnahmen eine langfristige verbindliche Zugriffstruktur, eine Flankierung durch verhältnispräventive Maßnahmen, eine Berücksichtigung und Reduzierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten und eine begleitende Evaluation des Ressourceneinsatzes (Pfaff et al., 2010, vgl. dazu den eigenen Abschnitt zur Evaluation am Ende dieses Studienbriefes).



In diesem Onlineseminar werden die verschiedenen Definitionen von Prävention mitsamt wichtiger Aspekte wie Schutzfaktoren, Resilienz erklärt:

<https://www.youtube.com/watch?v=WxpHSANgi1s>

Abspielzeit: 4,20 min

3.2.4 Statische Modelle zu Prävention und Gesundheitsförderung

Theory of planned behavior

Während wir uns zu Beginn dieses Studienbegleitheftes um eine Erklärung beruflicher Stresssituationen gekümmert haben, soll es nunmehr um die Erklärung von gesundheitsrelevantem Verhalten gehen. In unserem Fallbeispiel ist etwa aus Sicht einer Therapeutin oder eines Therapeuten interessant, warum Frau Müller mit dem Auto zur Arbeit fährt, warum sie sich ungesund ernährt, raucht oder warum sie an einem Rückenschulkurs teilnimmt. Eine der bekanntesten Modelle hierfür ist die Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB -- Theory of planned behavior).

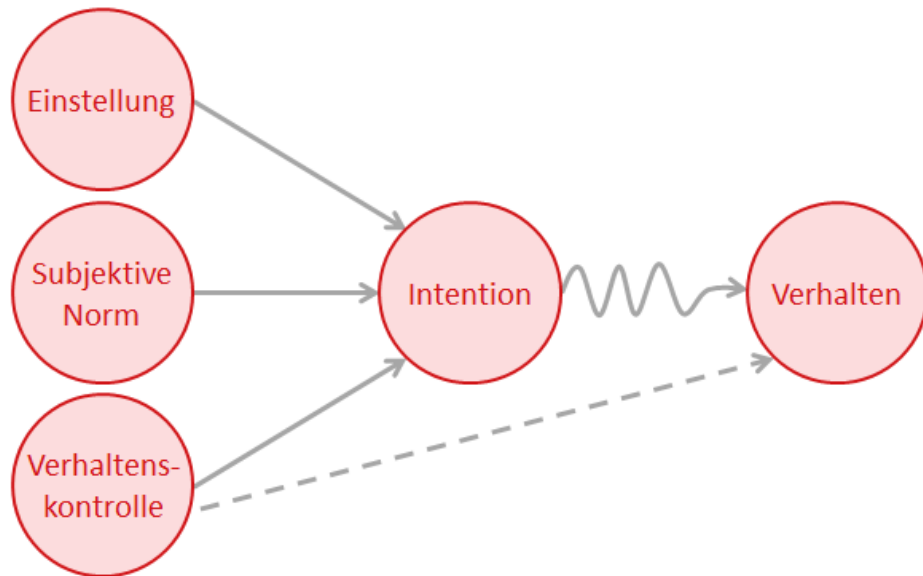
Zentrale Aussage: Die TOPB versucht zu erklären, warum Personen die Intention bilden, eine gesundheitsrelevante Verhaltensweise, wie z.B. eine bestimmte Form sportlicher Aktivität wie das Radfahren zur Arbeit oder das Rückenschulseminar, durchzuführen.

Dabei wird vorausgesetzt, dass es drei essentielle Einflussfaktoren auf die Verhaltensabsicht gibt: die eigene Einstellung zum Verhalten, subjektiv wahrgenommene Normen und die perzipierte Verhaltenskontrolle (Knoll, Scholz & Riekmann, 2005).

Das Besondere: Grundlage der subjektiven Normkomponente ist beispielsweise die Erwartung einer Person darüber, inwieweit wichtige Bezugspersonen (Ehepartner, Familie, Mitarbeiter oder Freunde) die Durchführung des – hier sportlichen - Verhaltens befürworten oder missbilligen würden. Kurzum: Je günstiger also die Einstellung und die subjektive Norm (z.B. der soziale Erwartungsdruck) und je höher die wahrgenommene Verhaltenskontrolle, desto stärker ist demnach die Intention, ein bestimmtes Verhalten auszuführen.

Eine Stärke des Ansatzes ist die Integration normativer Überzeugungen. Als Kritik an diesem Modell wird allerdings vor allem die fehlende Berücksichtigung von Kosten und Nutzen sowie von Emotionen als Motivationsfaktoren (wie Spaß an der Bewegung oder gesundheitsbezogene Ängste etwa vor Jobverlust) angeführt. Diese Komponenten werden im Health-Belief-Modell besser berücksichtigt.

Abbildung 5: Die Theorie des geplanten Verhaltens



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005) und Waller, H. (2006)

Health-Belief-Modell

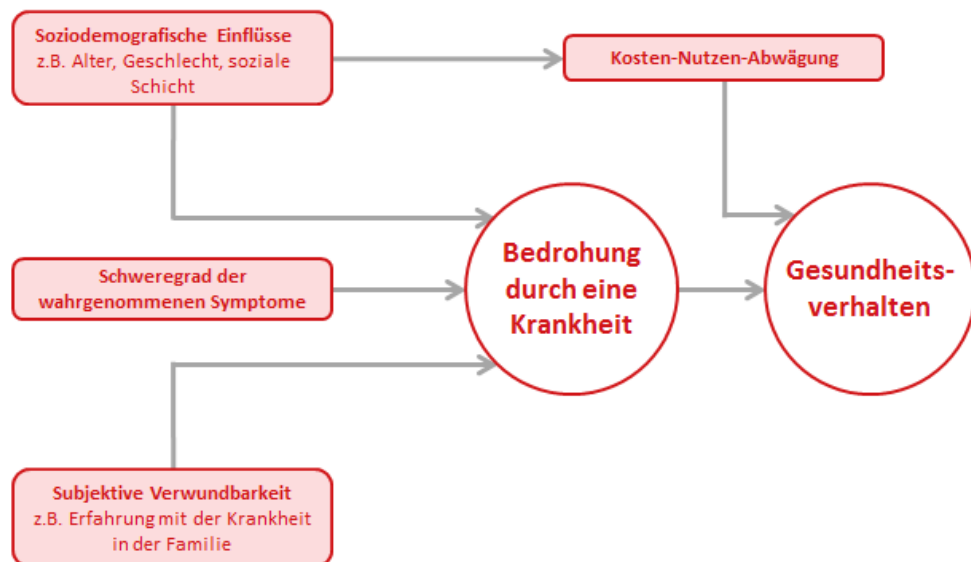
Die Entwicklung des Health-Belief-Modells - auch „Modell gesundheitlicher Überzeugungen“ genannt - begann in den 50er Jahren in den USA und wurde von Sozialpsychologen zur Erklärung unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Verhaltens formuliert (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2005).

Zentrale Aussage: Das Modell geht davon aus, dass sich Individuen dann gesund verhalten, wenn sie sich einerseits selbst als anfällig für eine Krankheit betrachten und zweitens der Meinung sind, schwerwiegende Konsequenzen durch die Krankheit tragen zu müssen. Hieraus entwickeln sie dann eine individuelle Einschätzung der Bedrohung durch die Krankheit. Hinzu kommt die notwendige Auffassung, dass nicht die Barrieren oder die Kosten überwiegen, sondern der Nutzen. Neben diesen basalen Konstrukten wirken weitere so genannte modifizierende Faktoren. Dazu zählen demographische und psychologische Variablen, also das Alter, das Geschlecht oder der Sozialstatus als Rahmenbedingungen des Handelns.

Das Besondere: Zwar berücksichtigt dieses Modell Abwägungsprozesse und Emotionen stärker als das zuvor dargestellte. Dagegen entsteht Verhalten hier quasi unvermittelt – es fehlt hier die Vermittlungsgröße „Intention“. Auch werden in beiden eben dargestellten Modellen

Copingprozesse vernachlässigt, was in dem abschließend vorgestellten Modell umso mehr Berücksichtigung findet:

Abbildung 6: Das Health-Belief-Modell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005)

Protection-Motivation-Theory

Die Protection-Motivation-Theory (deutsch: Theorie der Schutzmotivation) ist ein von Rogers im Jahr 1975 konzipiertes Modell des Gesundheitsverhaltens (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2005).

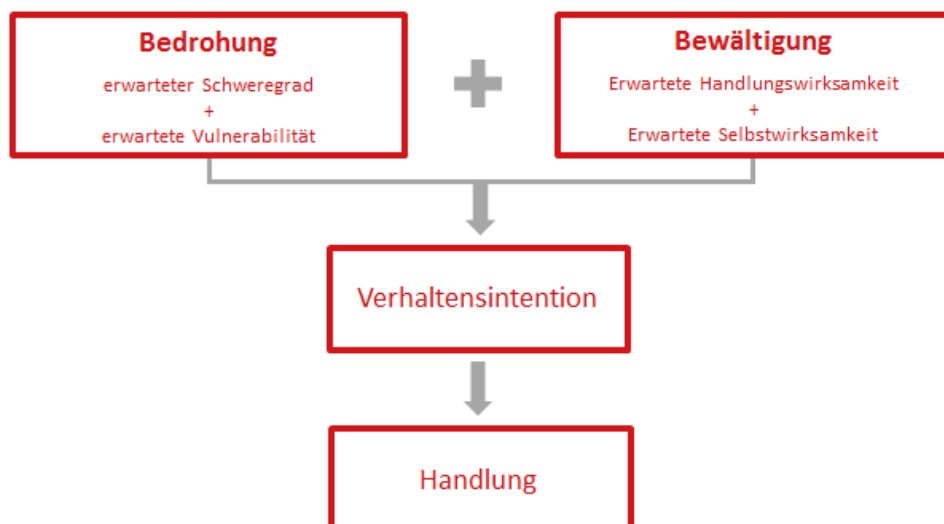
Zentrale Aussage: Die Theorie basiert auf der Annahme, dass Gesundheitsbedrohungen dazu führen, dass Menschen ihr Gesundheitsverhalten ändern wollen, genauer gesagt, dass sie Verhaltensintentionen ausbilden. Dabei wird angenommen, dass dies von zwei Bewertungsprozessen, der Bedrohungseinschätzung und der Bewältigungseinschätzung, abhängt.

Das Besondere: Die Bedrohungseinschätzung ist das Ergebnis einer Bewertung der Bedrohung. Diese ergibt sich aus dem eingeschätzten Schweregrad einer Gesundheitsbedrohung (Kann chronischer Schmerz meinen Job gefährden?) und der wahrgenommenen eigenen Vulnerabilität (Wie anfällig bin ich persönlich zum Beispiel für eine Chronifizierung? Passiert mir sowas überhaupt?). Der zweite Bewertungsprozess ist die Bewältigungseinschätzung, die sich aus den

„Handlungsergebniserwartungen“ (Kann man ganz allgemein mit „mehr Bewegung im Alltag“ wirklich Rückenschmerz bekämpfen? Sind Rückenschulseminare hier nicht sehr viel besser geeignet?) und den „Selbstwirksamkeitserwartungen“ (Traue ich mir zu, mehr Bewegung in meinen Alltag zu integrieren? Traue ich mir zu, ein Rückenschulseminar zu besuchen?) ergibt. Wird die Bedrohung als hoch eingeschätzt und fällt die Bewältigungseinschätzung günstig aus, kommt es zu einer Verhaltensintention (Ich will mein Verhalten ändern, mich mehr bewegen, meine Ernährung umstellen, weniger Überstunden machen usw.). Diese Verhaltensintention führt wiederum zu konkretem Verhalten.

Die Protection-Motivation-Theory stützt sich auf ein Bedrohungsszenario. Eine Änderung des Gesundheitsverhaltens bedarf also einer Bedrohungssituation. Dies führte dazu, dass die Protection-Motivation-Theory vor allem zum Nachweis der Wirksamkeit von Furchtappellen (zum Beispiel die bildgestützten Warnhinweise auf Zigarettenschachteln oder die Plakatkampagnen der Verkehrswacht zur Unfallprävention auf Autobahnen) verwendet wurde. Kritiker plädieren dagegen dafür, moderne Interventionen eher auf positiven Botschaften (etwa den gesundheitlichen, sozialen und monetären Vorteilen gesunden Verhaltens) zu gründen.

Abbildung 7: Die Theorie der Schutzmotivation



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Waller (2006)



e-tivity 5

Versuchen Sie, die Entscheidung zum Besuch eines Rückenschulseminars anhand dieser drei Modelle zu erklären. Welches Modell halten Sie für am besten geeignet? Welches Modell erklärt am besten, warum die anderen weitreichenderen Verhaltensänderungen nicht umgesetzt wurden? Welche Erfolgsaussichten geben Sie der gewählten Maßnahme (Rückenschulseminar)?

Fallvignette, Teil 3

„Das Rückenschulseminar verlief für Lisa Müller enttäuschend. Neben einem medizinischen Fachvortrag wurden einige Hinweise zum Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten sowie zur ergonomischen Verbesserung der Sitzposition und der Höheneinstellung des Schreibtisches gegeben. Eine Besserung der Beschwerden stellte sich nicht ein. Zuletzt war Frau Müller wieder einige Tage arbeitsunfähig.

Frau Müller recherchiert auf der Website ihrer Krankenkasse. Sie ist der Ansicht, dass eine umfangreichere Maßnahme besser als ein eintägiger Kurs wirken müsste und findet dort unter anderem Informationen zu so genannten „multimodalen Schmerztherapien“ bei Rückenschmerz im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Ihr daraufhin kontaktierter Arzt sieht die Voraussetzungen für einen derartigen Schritt (noch) nicht erfüllt und verordnet ihr nun zunächst bei unveränderter Diagnose sechs Behandlungen bei einer Physiotherapeutin.“

3.3 Grundlagen der Rehabilitation

3.3.1 Phasen der Rehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen lassen sich nach verschiedenen Kriterien einteilen. Eine Möglichkeit ist die Unterscheidung nach Rehabilitationsphasen. Folgende Einteilung hat sich etabliert:

Phase A: Akutbehandlung

Phase A umfasst die Erstbehandlung in einer Akutklinik oft auf der Normal- oder Intensivstation. Hier erfolgen Akutversorgung, Diagnostik und Therapie.

Phase B: Frührehabilitation

Durch die Frührehabilitationsmaßnahmen sollen der etwa nach Schlaganfall oft noch beeinträchtigte Bewusstseinszustand gebessert und die Patientin bzw. der Patient zur Mitarbeit angeregt werden. In dieser Phase müssen oft noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden.

Phase C: Weiterführende Rehabilitation

Hauptziel der weiterführenden Rehabilitation ist eine möglichst selbstständige Lebensführung im Alltag. Ziel beispielsweise nach schweren Stürzen ist eine Frühmobilisierung etwa mit Lagerung der Patientin bzw. des Patienten, Mobilisation sowie Aufsetzen und Aufrichten in den Stand.

Phase D: Medizinische Rehabilitation

Typische Ziele der medizinischen Rehabilitation sind beispielsweise das freie Gehen und die Selbstversorgung im Alltag.

Phase E: Schulisch-berufliche Rehabilitation

Neben der Nachsorge geht es hier um die berufliche Wiedereingliederung in Form von Förderlehrgängen, Ergotherapie und Anpassungsmaßnahmen.

Phase F: Langzeitrehabilitation

Einige Patientinnen bzw. Patienten behalten trotz intensiver Rehabilitation neurologische und geistig-seelische Störungen, so dass ein selbstständiges Leben nicht mehr möglich ist. Ist eine Pflege im häuslichen Umfeld nicht möglich, kann die Patientin bzw. der Patient in einer Einrichtung mit aktivierender Langzeitpflege untergebracht werden.



Der Sozialverband VdK erklärt, was eine Rehabilitationsmaßnahme ist:

<https://www.youtube.com/watch?v=XbQna89pON4>

Abspielzeit: 6,53 min



e-tivity 6

Recherchieren Sie, beispielsweise auf den Webseiten von Kliniken, das Konzept multimodaler Schmerztherapien. Halten Sie die obige Phaseneinteilung für Patientinnen bzw. Patienten, die wegen chronischer Rückenschmerzen multimodale Schmerztherapien zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, für geeignet? Begründen Sie Ihre Entscheidung.



Dieser Erklärfilm stellt die multimodale Schmerztherapie vor:

<https://www.youtube.com/watch?v=CJGzvQgiQvM>

Abspielzeit: 4,04 min

3.3.2 Formen der Rehabilitation

Je nach individueller Konstellation gibt es Faktoren, die für eine ambulante oder eine stationäre Durchführungsform sprechen. Grundsätzlich sind die ambulante und die stationäre Rehabilitation gleichwertige Alternativen. Voraussetzung für die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation ist eine über die Reha-Fähigkeit hinausgehende ausreichende Belastbarkeit und eine räumliche Nähe (z.B. angemessene Fahrzeit) zur Einrichtung.

Ambulante und stationäre Rehabilitation im Vergleich

Die Vorteile der ambulanten Rehabilitation - und damit auch die Nachteile der stationären Rehabilitation - ergeben sich insbesondere aus den folgenden Möglichkeiten eines ambulanten Settings:

- wohnortnahe Durchführung
- leichtere Einbeziehung von Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten
- direkte Umsetzung des Erlernten im privaten und beruflichen Bereich
- flexible Anpassung der Dauer und Intensität der Rehabilitation
- bessere Einbeziehung von Selbsthilfeaktivitäten vor Ort

Die Nachteile der ambulanten Rehabilitation sind:

- geringe Eignung bei ausgeprägter Multimorbidität und der Notwendigkeit intensiver ärztlicher und pflegerischer Betreuung
- geringere Fokussierung auf die Therapieziele als bei der stationären Rehabilitation aufgrund der täglichen Rückkehr in den Alltag
- fehlende Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten in Krisensituationen außerhalb der Einrichtung, etwa bei psychischen Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen

Mit dem Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2007 wurde eine neue, alternative Form der ambulanten Rehabilitation, die mobile Rehabilitation, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Bei der mobilen geriatrischen Rehabilitation sucht nicht der Versicherte die Rehabilitationseinrichtung, sondern ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung den Versicherten in seiner Wohnung oder in einer Pflegeeinrichtung auf. Dieses Team erbringt vor Ort die Rehabilitationsleistungen in der für den Versicherten vertrauten Umgebung. Diese Rehabilitationsleistungen richten sich insbesondere an Patientinnen und Patienten mit starken kognitiven Einschränkungen, deren Rehabilitationsprognose nur in der vertrauten Wohnumgebung positiv einzuschätzen ist (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018)



e-tivity 7

Ist diese Systematisierung der Rehabilitation besser zur Beschreibung der angesprochenen Rehabilitationsmaßnahme geeignet?

Nehmen wir an, die gewünschte multimodale Schmerztherapie als medizinische Rehabilitationsmaßnahme wäre Frau Müller – etwa nach längerer Arbeitsunfähigkeit - bewilligt worden. Würden Sie ihr eher zu einem ambulanten oder eher zu einem stationären Setting raten? Hinweise zur spezifischen Eignung finden Sie in der „Nationalen Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2017).

3.3.3 Stufenweise Wiedereingliederung

Arbeitnehmer in Rehabilitation können nach Abschluss der Maßnahme eine so genannte Stufenweise Wiedereingliederung (so genanntes "Hamburger Modell") beantragen. Die Stufenweise Wiedereingliederung soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern. Findet diese unmittelbar im Anschluss statt, sollte sie im Laufe der Rehabilitation beantragt werden. In der Regel füllen dazu die Sozialberater der Reha-Klinik in Kooperation mit Ärztin / Arzt und Patientin / Patient einen Antrag aus. Zudem erstellen sie gemeinsam einen Wiedereingliederungsplan, aus dem hervorgeht, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.

Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Dabei wird die oder der Versicherte am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt. Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand, in der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Findet sie innerhalb von vier Wochen nach Entlassung aus einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme statt, ist die Rentenversicherung Kostenträger. Anderenfalls ist in der Regel die Krankenversicherung, in speziellen Fällen auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung, zuständig. Während der Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Das bedeutet, dass der Versicherte in der Regel während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sogenannte Entgeltersatzleistungen (Krankengeld von der Krankenkasse, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, Verletztengeld aus der Unfallversicherung oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit). Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen entfällt nicht, wenn die Stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte (Beta-Institut - Gemeinnützige GmbH, Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement, Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin, 2017).



Fallvignette, Teil 4

„Da die teilweise mehrtägigen Arbeitsunfähigkeiten und der mittlerweile chronifizierte Schmerz mehr und mehr Job und Gesundheit von Frau Müller gefährden, ist nach einem längeren Gespräch mit ihrer Physiotherapeutin der Entschluss gereift, mit ihrem Ehemann umfangreiche Umstellungen im Alltag zu vereinbaren:

Neben der regelmäßigen Fortführung der in der Physiotherapie erlernten Übungen und Maßnahmen versucht Frau Müller nun, tatsächlich mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren. Sie fährt mit dem Rad statt mit dem Auto zur Arbeit, nimmt die Treppen und nicht den Lift und nimmt ihrem Mann regelmäßig das Gassigehen mit dem Hund ab. Die sich dabei ergebenden Gespräche mit den Nachbarn sind zudem eine willkommene Ablenkung. Ihr Mann hat sich bereit erklärt, im Gegenzug für das Ausführen des Hundes das Abendessen vorzubereiten. Vereinbart ist, dass dabei weniger Fleisch und mehr Frisches auf den Tisch kommt.

Da diese Umstrukturierungen einiges mehr an Freizeit kosten, hat sich Frau Müller überwunden, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ab und zu helfen die Nachbarn, zu denen sich der Kontakt intensiviert hat, beim Abholen oder Betreuen der Kinder. Nach einem Gespräch mit dem Betriebsrat und der Personalabteilung hat Frau Müller – unter Verzicht auf eine bisherige Gehaltszulage – die Filialleitung an eine Kollegin abgegeben und arbeitet jetzt als stellvertretende Filialleiterin mit deutlich weniger Überstunden und mehr Motivation. Der Gehaltsverzicht wird alles in allem kompensiert durch die eingesparten Benzinkosten und die – für sie überraschenderweise - sogar etwas geringeren Kosten für den Lebensmitteleinkauf.

Einige Wochen später lassen die Rückenschmerzen nach. Zunächst strahlen sie die meiste Zeit nicht mehr so weit ins Bein aus und schließlich sind sie lediglich noch am Morgen beim Zähneputzen so stark wie zuvor und reduzieren sich dann meist unter Bewegung.“

3.4 Stadienmodelle zu Prävention und Gesundheitsförderung

Transtheoretisches Modell

Die bisher zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ vorgestellten Modelle waren statisch angelegt. Mit anderen Worten: Sie sind eher geeignet, aktuelles Verhalten, also einen Zustand zu erklären. In unserem Beispiel ließ sich anhand dieser Modelle erklären, warum Frau Müller zunächst weiter mit dem Auto zur Arbeit fährt oder warum sie sich zuerst für ein Rückenschuloseminar entschied. Wichtiger Erklärungsfaktor (eine so genannte Determinante) des ersten Verhaltensaspektes war die wahrgenommene betriebliche Norm, wichtiger Erklärungsfaktor des zweiten Verhaltensaspektes war eine vorherige Kosten-Nutzen-Abwägung. Die erste Determinante findet sich in der Theory of Planned Behavior, die zweite im Health-Belief-Modell wieder.

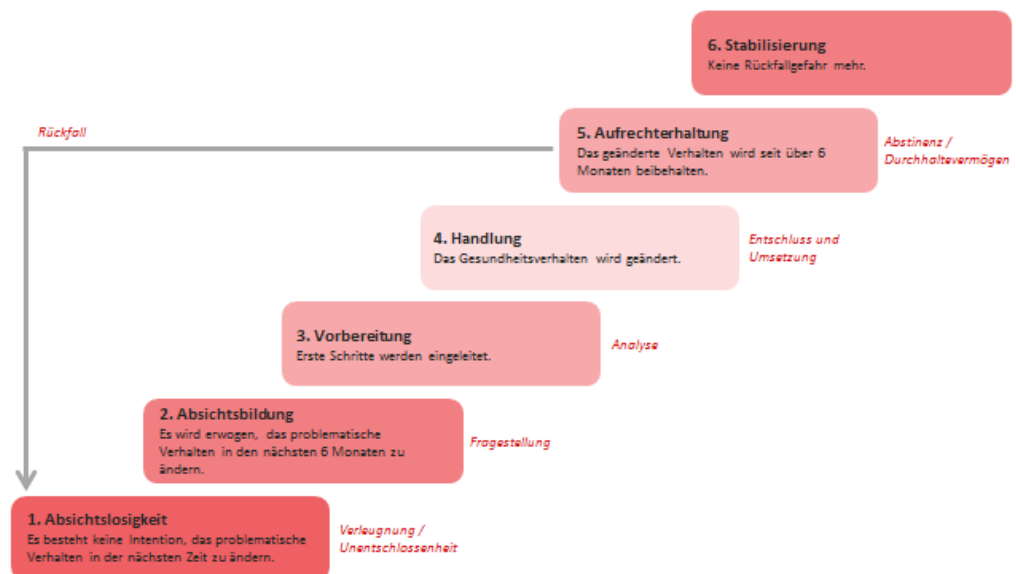
Möchte man aber nicht den Status Quo (Leitfrage: „Warum verhält sich eine Person so oder so?“) erklären, sondern den Prozess der Verhaltensänderung verstehen, greift man eher auf Stadienmodelle zurück (Leitfrage: „Was passiert vor, bei und nach einer Verhaltensänderung?“ „Was wäre für eine Verhaltensänderung nötig?“, „Wieso fuhr Frau Müller zunächst weiter mit dem Auto, wieso leistete sie zunächst weiter Überstunden wie bisher und wieso änderte sie dann ‚auf einmal‘ ihr Verhalten?). Eines der bekanntesten Stadienmodelle ist das Transtheoretische Modell (TTM).

Zentrale Aussage: Das Transtheoretische Modell postuliert, dass sich Menschen nicht nur hinsichtlich ihres Verhaltens, sondern auch hinsichtlich ihrer Gedanken, Gefühle und Absichten voneinander unterscheiden. Zur Verhaltensänderung werden fünf Stadien der Veränderung sequenziell durchlaufen, die jeweils den motivationalen Zustand der Person beschreiben (Prochaska & Velicer, 1997).

Das Besondere: Im ersten Stadium der Absichtslosigkeit (Precontemplation) liegen kein Problembewusstsein und kein Änderungswunsch vor. Bestehende Probleme werden entweder nicht wahrgenommen oder verdrängt. Im darauffolgenden zweiten Stadium der Absichtsbildung (Contemplation) besteht ein Problembewusstsein. Eine Verhaltensänderung wird in Erwägung gezogen. Im Stadium der Vorbereitung (Preparation) wird eine Veränderung angestrebt und geplant. Die aktive Verhaltensänderung erfolgt im Handlungsstadium (Action). Im Stadium der Aufrechterhaltung (Maintenance) werden Verhaltensänderungen beibehalten. In einigen Darstellungen wird noch das Stadium der Stabilisierung beschrieben, in welchem der Änderungsprozess endgültig abgeschlossen ist.

Man nimmt einen spiralförmigen Durchlauf der Stadien an, der sich in mehreren Schleifen und Rückschritten vollziehen kann. Es ist also möglich, von höheren Stadien auf niedrigere zurückzufallen. Für Therapeutinnen und Therapeuten ergeben sich hieraus an die Stadien angepasste Interventionen (wie z.B. zunächst einmal eine Sensibilisierung im Precontemplation-Stadium; Knoll, Scholz & Riekmann, 2005).

Abbildung 8: Das Transtheoretische Modell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Prochaska J.O. & Velicer, W.F. (1997) und Waller, H. (2006)

Es liegen zahlreiche Studien zur empirischen Überprüfung des Modells insbesondere aus dem Sucht-, Sport- und Ernährungsbereich vor. Die empirischen Befunde hierzu sind heterogen. Zum einen scheinen in der Praxis manche Verhaltensänderungen spontan ohne Durchlaufen der Stadien zu erfolgen (etwa nach einer dramatischen Diagnose oder nach einer plötzlichen Änderung von Rahmenbedingungen). Vor dem Hintergrund, dass das Transtheoretische Modell für die Tabakentwöhnung entwickelt wurde, erscheinen zum anderen die dort fest definierten Zeitkriterien nach Wochen und Monaten für andere Verhaltensweisen oft unbrauchbar. Und schließlich wird die Nachhaltigkeit der Modellprognose kritisiert: Ein systematischer Review zum Thema „körperliche Aktivität“ zeigte etwa, dass TTM-basierte Interventionen eher kurzzeitige als längerfristige Verhaltensänderungen bewirken (Adams & White, 2003).

Precaution-Adoption-Prozess-Modell

Zentrale Aussage: Auch das Precaution-Adoption-Process-Modell (PAPM) ist ein Stadienmodell, bei dem davon ausgegangen wird, dass Menschen sich bei Verhaltensänderungen durch eine zeitlich geordnete Sequenz qualitativ unterschiedlicher Stadien bewegen.

Das Besondere: Das Modell wurde 1988 von Neil Weinstein formuliert und führt die oben dargestellte Protection-Motivation-Theory mit den Stadien des Transtheoretischen Modells (TTM) von Prochaska und DiClemente zusammen. Dabei wurden einige Stadienbezeichnungen des TTM übernommen und zwei neue Stadien hinzugefügt. Der Unterschied zum TTM liegt darin, dass das Precaution-Adoption-Process-Modell auf psychologisch und nicht auf zeitlich definierten Stadien basiert. Folglich führt das Durchlaufen der Sequenz 1, 2, 3, 5, 6, 7 zu einer erfolgreichen Verhaltensänderung, ohne dass ein Stadium übersprungen wird (Knoll, Scholz & Riekmann, 2005).

Die Stadien:

Stadium 1: Ähnlich dem TTM bezieht sich Stadium 1 auf den Zustand, in dem sich eine Person noch nicht bewusst ist, ein gesundheitsrelevantes Verhalten ausüben oder ändern zu können.

Stadium 2: Dagegen werden Personen, denen das gewünschte gesundheitsrelevante Verhalten zwar bekannt ist, die aber keinen Impuls zur Verhaltensänderung in diese Richtung verspüren, Stadium 2 zugeordnet.

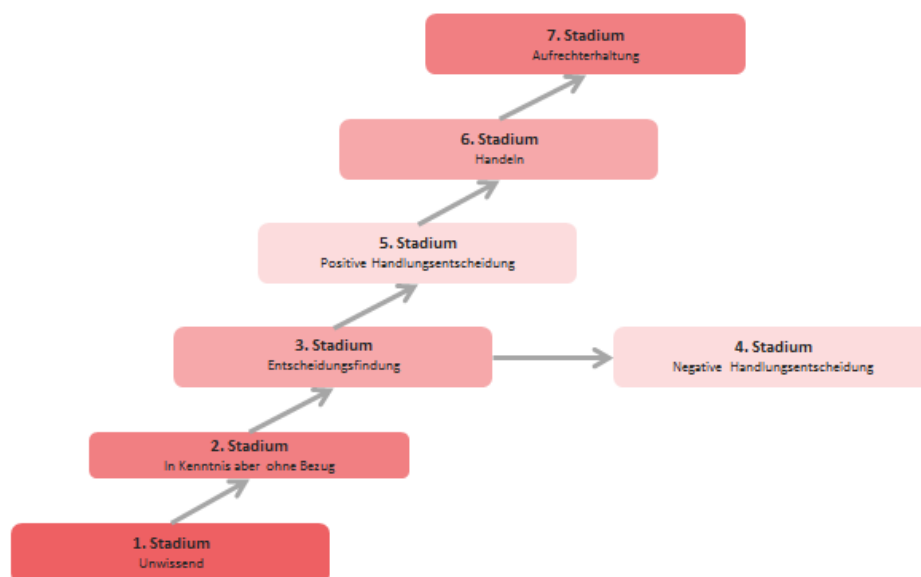
Stadium 3: Stadium 3, die Entscheidungsfindung, entspricht der Kontemplation im Transtheoretischen Modell.

Stadium 4: Stadium 4 umfasst Personen, die sich folglich explizit gegen eine Verhaltensänderung entscheiden. Der Prozess endet für jene Personen bereits hier – also ohne eine Verhaltensänderung.

Stadium 5: Stadium 5 umfasst folglich Personen, die eine Intention für eine Verhaltensänderung entwickeln.

Stadien 6 und 7: Die letzten beiden Stadien, Handeln (Stadium 6) und Aufrechterhaltung (Stadium 7), sind dann wieder analog dem Transtheoretischen Modell formuliert.

Abbildung 9: Das Precaution-Adoption-Process-Modell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Prochaska J.O. & Velicer, W.F. (1997) und Waller, H. (2006)

Auch für dieses Stadienmodell ist die empirische Datenlage uneinheitlich und insgesamt existieren deutlich weniger Studien zur empirischen Überprüfung.



e-tivity 8

Zeichnen Sie das Transtheoretische Modell für die konkrete Situation von Frau Müller nach. In welchem Stadium befand sich Frau Müller nach dem ersten Besuch bei ihrem Arzt hinsichtlich einer Teilnahme an einem Rückenschulkurs und hinsichtlich ihrer Absicht, mit dem Rad zur Arbeit zu fahren? In welchen Stadien befindet sich Frau Müller jetzt bezüglich dieser beiden Verhaltensänderungen? Konzipieren Sie alternativ ein solches stufenförmiges Modell nach dem Precaution-Adoption-Process-Modell. Welches Modell erscheint Ihnen für Ihre tägliche Praxis brauchbarer?



Prof. Dr. Frank Mayer, Universität Potsdam, beschreibt Diagnose, Prävention und Therapie von unspezifischem Rückenschmerz.

<https://www.youtube.com/watch?v=NOy8mpeph6M>

Abspielzeit: 5.39 min

Forschungsprojekt Ran Rücken - Imagefilm - BISp

<https://www.youtube.com/watch?v=yYlr2360w98>

Abspielzeit: 4.46 min

3.5 Gesetzliche Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung

Das Sozialgesetzbuch und seine Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung

Das Sozialgesetzbuch gliedert sich in zwölf Bücher, die jeweils in sich mit fortlaufenden Paragraphen nummeriert sind und daher formal als jeweils eigenständige Gesetze gelten. Neben dem Fünften Sozialgesetzbuch beinhalten auch weitere Bücher Regelungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Tabelle 1 liefert eine schnelle Übersicht über die Struktur der einzelnen Sozialgesetzbücher und stellt exemplarisch wichtige Bezüge zum Thema dieses Studienbriefes her.

Man erkennt zum einen, dass die gesetzlichen Regelungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation äußerst komplex sind und sich je nach Thema Einzelregelungen in mehreren Büchern und Gesetzestexten finden.

Dennoch erkennt man die zentrale Bedeutung des SGB V für Prävention und Gesundheitsförderung, weil es nicht nur die Rolle der Krankenkassen definiert, sondern auch das neue Präventionsgesetz, Regelungen zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch die Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern und zur Förderung der Selbsthilfe enthält. Was das SGB V für Prävention und Gesundheitsförderung ist, stellt das SGB VI für die Rehabilitation dar: Es ist die zentrale gesetzliche Grundlage für die medizinische, berufliche und sonstige Rehabilitation.

Neben dem SGB ist für im Gesundheitsmanagement Tätige auch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) relevant. Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) regelt für alle Tätigkeitsbereiche die grundlegenden Arbeitsschutzpflichten des Arbeitgebers, die Pflichten und die Rechte der Beschäftigten sowie die Überwachung des Arbeitsschutzes nach diesem Gesetz. Es enthält Regelungen, welche Vorkehrungen für gefährliche Arbeitsbereiche zu

treffen sind und wie die Beschäftigten in Sachen Arbeitsschutz und Sicherheit zu unterweisen sind. Eine wesentliche Neuerung im Arbeitsschutzgesetz ist die Einführung der Gefährdungsbeurteilung. Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) enthält Regelungen über die betriebliche Organisation des Arbeitsschutzes. Der Arbeitgeber hat nach dem ASiG Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen und in Betrieben mit mehr als zwanzig Beschäftigten einen Arbeitsschutzausschuss zu bilden. Das ASiG enthält hierzu Regelungen zu Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit, Arbeitsschutzausschüssen und behördlichen Kontrollrechten.



An unserem Praxisbeispiel lässt sich veranschaulichen, wie konkrete Regelungen des Sozialgesetzbuches im Einzelfall relevant werden: Das Rückenschulseminar wurde von einem lokalen Träger angeboten. Für eine Kostenbeteiligung der Krankenkasse an solchen Kursen sind die Vorgaben des Sozialgesetzbuches entscheidend, einschlägig ist hier der §20 des Fünften Sozialgesetzbuches (Tabelle 1).

In §20 SGB V geht es unter anderem um Präventionskurse in Gruppen (von bis zu 15 Teilnehmern). Nach dem Kurs können die Teilnehmer bei ihren Krankenkassen eine Rückerstattung der Gebühr beantragen (zurzeit i.d.R. 75 % der Kursgebühr). Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass sowohl der Kurs als auch die Kursleiter_innen (z.B. Sportwissenschaftler_innen, Physiotherapeut_innen, Sport- und Gymnastiklehrer_innen, Ergotherapeut_innen) von der Krankenkasse anerkannt sind. Um anerkannt zu werden, müssen die Anforderungen des §20 SGB V erfüllt werden: Förderfähig sind demnach klassische Präventionskurse, die sich an die einzelnen Versicherten (individueller Ansatz) richten und dazu befähigen sollen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, sich also z. B. mehr und richtig zu bewegen. Konkret umfasst die „Primärprävention im individuellen Ansatz“ nach §20 Abs. 1 SGB V folgende Handlungsfelder:

- Bewegungsgewohnheiten,
- Ernährung,
- Stressmanagement und
- Suchtmittelkonsum.

Tabelle: Struktur des Sozialgesetzbuches

Buch	Titel	Inhalt in Kürze	Besondere Relevanz für Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation
SGB I	<i>Allgemeiner Teil</i>	Enthält die grundlegende Programmik des SGB, Definitions- und Verfahrensvorschriften	--
SGB II	<i>Grundsicherung für Arbeitsuchende</i>	Enthält die (auch finanzielle) Förderung von erwerbsfähigen Personen sowie deren Angehöriger, wenn diese über kein ausreichendes Arbeitseinkommen verfügen	--
SGB III	<i>Arbeitsförderung</i>	Betrifft die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit wie etwa Arbeitsvermittlung und Leistungen bei Arbeitslosigkeit	Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt z.B. die berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderungen etwa im Rahmen beruflicher Rehabilitation aus dem Budget des SGB III
SGB IV	<i>Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung</i>	Regelt neben der Sozialversicherung die Verfassung der Sozialversicherungsträger (Organisation, Sozialversicherungswahlen, Haushalts- und Rechnungswesen)	--
SGB V	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>	Regelt die gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Beziehungen zu Leistungserbringern (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Therapeuten etc.)	Enthält in §20/a-h. Regelungen zu Primärprävention im individuellen Ansatz, zum Präventionsgesetz, zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und zur Förderung der Selbsthilfe
SGB VI	<i>Gesetzliche Rentenversicherung</i>	Regelt die Rentenversicherung (Alters-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten)	Enthält Regelungen zur medizinischen, beruflichen und sonstigen Rehabilitation
SGB VII	<i>Gesetzliche Unfallversicherung</i>	Regelt die Versicherung gegen Arbeitsunfall, Wegeunfall und Berufskrankheit und Organisation und Leistungen der Berufsgenossenschaften sowie der Unfallkassen der öffentlichen Hand	Das 2. Kapitel definiert in §14 und §15 die Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren als wichtige Aufgabe der Unfallversicherungsträger, etwa durch Unfallverhütungsvorschriften
SGB VIII	<i>Kinder- und Jugendhilfe</i>	Regelt die Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe (z.B. Jugendämter) gegenüber Kindern, Jugendliche, Eltern und jungen Erwachsenen	Enthält auch Maßgaben in Verbindung mit anderen SGB-Regelungen u.a. zu rehabilitativen Leistungen für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige
SGB IX	<i>Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</i>	Regelt die Selbstbestimmung, Teilhabe und Rehabilitation von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen	Regelt neben der Rehabilitation von Behinderten auch u.a. in §84 für Arbeitnehmer, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen erkrankt sind, die Wiedereingliederung, also das betriebliche Eingliederungsmanagement
SGB X	<i>Sozialverfahren und Sozialdatenschutz</i>	Regelt das sozialrechtliche Verwaltungsverfahren und den Datenschutz	--
SGB XI	<i>Soziale Pflegeversicherung</i>	Enthält die Vorschriften für die soziale Pflegeversicherung	--
SGB XII	<i>Sozialhilfe</i>	Enthält die Vorschriften für die Sozialhilfe und löste das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ab	Relevant ist u.a. die Eingliederungshilfe als Sozialleistung nach SGB XII. Sie soll u.a. Behinderten helfen, "sich in die Gesellschaft einzugliedern". Ganz aktuell wurde die Eingliederungshilfe durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen neu geregelt. Die meisten Bestimmungen hierzu treten 2018 oder 2020 in Kraft.

Kapitel 1



Direkt danach folgt das 2015 neu eingeführte Präventionsgesetz – PräVG (in §20a). Mit dem Gesetz wollte die damalige Bundesregierung die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürger, also in Schulen, KiTas oder Betrieben, stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickeln und das Zusammenwirken von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeitsschutz verbessern. Die Einfügung eines neuen § 20a durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17.7.2015 (BGBl. I S. 1368) führte dazu, dass aus dem bis dahin geltenden § 20a der § 20b wurde.

Dieser Paragraph 20b ist im SGB V der Betrieblichen Gesundheitsförderung gewidmet. In §20b Abs. 1 SGB V werden ähnliche, aber betriebsspezifische Handlungsfelder genannt, u.a.:

- arbeitsbedingte körperliche Belastungen,
- Betriebsverpflegung,
- psychosoziale Belastungen und Stress sowie
- Suchtmittelkonsum.

Über die Zulassung aller Angebote (z.B. Rückenschuloseminare) entscheidet seit Beginn des Jahres 2014 die „Zentrale Prüfstelle Prävention“. Diese Stelle prüft und zertifiziert die Präventionskurse nach §20 Abs. 1 SGB V und vergibt bei erfolgreicher Prüfung ein Prüfsiegel. Hier gelten recht strenge Regeln hinsichtlich der Kriterien, wie etwa Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität (Stemper, 2014). Da Frau Müller das Rückenschuloseminar nicht als Angebot ihres Arbeitgebers wahrnimmt, sondern in ihrer Freizeit bei einem Träger, der mit ihrer Krankenkasse kooperiert, handelt es sich hier also um eine Leistung nach §20 SGB V.

**e-tivity 9**

Berechnen Sie den BMI von Frau Müller. Welche Formel ist hierzu zu verwenden?



Dr. Matthias Schlensak vom Adipositaszentrum Düsseldorf erklärt die Ursachen der Adipositas und die Berechnung des BMI:

https://www.youtube.com/watch?v=_XNhmW2rRs0

Abspielzeit: 2,23 min

3.6 Gesellschaftliche Dimension von Prävention und Gesundheitsförderung

3.6.1 Adipositas als Volkskrankheit

Frau Müller ist übergewichtig und teilt damit das Schicksal Millionen Deutscher. An der weiten Verbreitung von Übergewicht lässt sich die gesellschaftliche Dimension von Prävention und Gesundheitsförderung veranschaulichen.



Der Anteil der Menschen mit Übergewicht hat in nahezu allen westlichen Industrienationen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen, weshalb die Weltgesundheitsorganisation bereits seit längerem von einer Adipositas-Epidemie spricht. Für Deutschland lässt sich zeigen, dass der Anteil Adipöser, also angesichts eines BMI über dem Wert von 30 stark Übergewichtiger, im Alter von 25 bis 69 Jahren bei etwa 25% liegt. Die gesundheitlichen Folgeerscheinungen dieser Entwicklung wiegen schwer: Adipositas erhöht nicht nur das Risiko für Rückenschmerz und Dorsopathien, sondern auch das Risiko für Arthrose und andere orthopädische Komplikationen, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, für Fettstoffwechselstörungen, für Diabetes mellitus sowie für bestimmte Krebserkrankungen. Außerdem berichten adipöse Menschen häufiger von Einschränkungen des psychosozialen Wohlbefindens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Vor diesem Hintergrund fordert das Robert-Koch-Institut die Entwicklung spezifischer Präventionsprogramme. Es weist darauf hin, dass individuumszentrierte Programme, die also einseitig auf eine Verhaltensänderung der von Adipositas betroffenen Personen abzielen, zu kurz greifen.



Im Vergleich zu solchen individuellen Präventionsansätzen seien komplexe, settingorientierte Programme eher dazu geeignet, unterschiedliche soziale Problemlagen, Übergewicht fördernde Umwelten sowie soziokulturell tradiertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu beeinflussen (Kuntz & Lampert, 2010; Bucksch & Schneider, 2014).

3.6.2 Gesundheitliche Ungleichheit und Adipositas

Bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen ist zu beachten, dass Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt sind. Die vorliegenden Studien zeigen hierzu, dass in Ländern mit westlichem Lebensstil sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger von Adipositas betroffen sind als vergleichsweise besser gestellte Bevölkerungsgruppen. Deutschland bildet in dieser Hinsicht keine Ausnahme. Wie Repräsentativdaten des Robert-Koch-Instituts verdeutlichen, ist die Prävalenz unter Erwachsenen bei Personen mit hohem sozioökonomischem Status wesentlich geringer. Unter Erwachsenen hat die Prävalenz außerdem in den letzten zwei Dekaden weiterhin zugenommen, besonders bei Männern und bei Kindern. Auch bei den Jüngsten gilt: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind weitaus häufiger von Adipositas betroffen als Kinder aus sozial besser gestellten Familien. Und: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund leiden überproportional häufig an Übergewicht. Allerdings trifft dies nicht für alle Migrantengruppen gleichermaßen zu. Am häufigsten sind Mädchen und Jungen aus der Türkei, Mädchen aus Mittel- und Südeuropa sowie Jungen aus Polen übergewichtig (Kuntz & Lampert, 2010; Robert Koch-Institut, 2008). Ein solches Phänomen wird als „gesundheitliche Ungleichheit“ bezeichnet.

3.6.3 Gesundheitliche Ungleichheit und die Wilkinson-Hypothese

Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten (etwa bezüglich der Übergewicht- oder der Rückenschmerz-Prävalenz) lassen sich nicht nur zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen eines Landes ermitteln und vor allem vergleichen. Immer bessere Monitoringsysteme erlauben zunehmend auch einen Vergleich des Ausmaßes sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen ganzen Ländern. Der britische Wissenschaftler Richard Wilkinson machte dabei – vereinfachend formuliert - drei interessante Entdeckungen:

- 1) In Industrienationen besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Lebenserwartung.
- 2) Vergleicht man aber Industrienationen miteinander, so gibt es einen solchen Zusammenhang, also in diesem Falle zwischen nationalem Wohlstand und bevölkerungweiter Lebenserwartung, nicht (oder zumindest kaum mehr).
- 3) Stattdessen scheint die Ungleichheit innerhalb des Landes entscheidend: Je größer die soziale Ungleichheit eines Landes, desto geringer ist dort die Lebenserwartung.

Diese Beobachtungen wurden zur so genannten „Wilkinson-Hypothese“ verdichtet: Demnach werde die durchschnittliche Lebenserwartung eines Landes stärker vom nationalen Wohlstandsunterschied geprägt als vom durchschnittlichen Wohlstand (Mielck & Bloomfield, 2001). Diese These verdeutlicht, dass das Krankheitsgeschehen eines Landes weit mehr ist als die Summe aller individuellen Krankheitsbiographien. Die Kumulation spezifischer Risiken, Ressourcendefizite und Erkrankungen bei bestimmten sozialen Gruppen und die komplexen Beziehungen auf Makro- und Mesoebene machen deutlich, warum die jahrzehntelang dominierenden individuumszentrierten Interventionen (individuelle Diäten, massenmediale Aufklärungskampagnen, Kursangebote) auf gesamtgesellschaftlicher - und meist auch auf individueller - Ebene nahezu wirkungslos blieben.

Kapitel 1



Richard Wilkinson erklärt in einer unterhaltsamen und aktuellen Analyse weltweiter Daten seine Hypothese, dass ökonomische Ungleichheiten unserer Gesellschaft schaden:

<https://www.youtube.com/watch?v=cZ7LzE3u7Bw>

Abspielzeit: 16,54 min (Englisch)

Mittlerweile gelten komplexe, sektorenübergreifende Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien als „State of the art“. Das abschließende Kapitel befasst sich genau damit.

3.7 Entwicklung komplexer Gesundheitsförderungsstrategien

3.7.1 Die Ottawa-Charta



Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ist ein Dokument, das 1986 im kanadischen Ottawa zum Abschluss der „Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung“ von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht wurde. Die Charta integriert bisher oft unverbunden und unkoordiniert entwickelte Strategien zu Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsselbsthilfe und Präventivmedizin. Spätestens mit der Ottawa-Charta wurde international und flächendeckend eine theoretische und praktische Umorientierung weg von der Verhütung von Krankheiten hin zur Förderung von Gesundheit beschrieben.



Dieses offizielle Video der WHO beleuchtet die Geschichte der Ottawa-Charta mit historischen Originalaufnahmen und einem Ausblick auf die dann folgenden Entwicklungen.

<https://www.youtube.com/watch?v=qJ1H2ojwb2Q>

Abspielzeit: 11,05 min (Englisch)

Die Ottawa-Charta umfasst drei grundsätzliche Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder (Kolip, 2014).

Handlungsstrategien

- Anwaltschaft für Gesundheit (advocate): Eintreten für Gesundheit und das Schaffen gleicher Voraussetzungen durch Beeinflussung politischer, biologischer und sozialer Faktoren
- Befähigen und Ermöglichen (enable): Kompetenzförderung mit dem Ziel, Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen
- Vermitteln und Vernetzen (mediate): Kooperation und Vermittlung zwischen allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens

Handlungsfelder

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesunder Lebenswelten und Umweltbedingungen
- Stärkung lokaler Aktivitäten und der Selbsthilfe
- Persönliche und soziale Kompetenzentwicklung
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste an den Bedürfnissen der Bevölkerung

3.7.2 EU-Regionalstrategie „Gesundheit für alle“



Während die Ottawa-Charta der WHO einen weltweit gültigen Anspruch erhebt, bezieht sich das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ auf die Europäische Region der WHO. Die Europäische Region der WHO umfasst rund 50 Mitgliedsländer. Diese Länder haben sich im Jahr 1998 nach langen Verhandlungen auf ein gemeinsames Rahmenkonzept für die gesundheitliche Entwicklung geeinigt, das als Orientierungshilfe bei der Umsetzung nationaler Gesundheitspolitik und lokaler Programme dienen soll. Mittlerweile erfolgte eine Aktualisierung dieser Gesundheitsstrategie.

Konkret werden zwei Hauptziele verfolgt: a) Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne sowie b) Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und der damit verbundenen Leiden. Drei Grundwerte bilden dabei die ethische Grundlage: Gesundheit als fundamentales Menschenrecht,

gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität sowie Partizipation und Rechenschaftspflicht. Auch hierbei wurden Hauptstrategien inklusive differenzierter Zielgrößen formuliert, um eine wissenschaftliche, wirtschaftliche, soziale und politische Nachhaltigkeit bei der Umsetzung zu garantieren.

Während die bisher vorgestellten Gesundheitsmodelle geeignet sind, Gesundheitszustand, Verhalten und Verhaltensänderungen auf individueller Ebene zu erklären und vorherzusagen, bedarf es bei der nunmehr eingenommenen gesamtgesellschaftlichen Perspektive anderer Ansätze. Geht es um Public Health, also um gesundheitspezifische Fragen auf Makroebene, so existieren andere Modelle zur Konzeption, Implementierung und Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Drei einschlägige Modelle werden in der Folge vorgestellt:

3.7.3 Strategische Modelle der Gesundheitsförderung

Vier Dimensionen der Gesundheitsförderung nach Caplan und Holland

Das Modell nach Caplan und Holland aus dem Jahr 1990 geht davon aus, dass es vier Paradigmen, also Sichtweisen, der Gesundheitsförderung gibt. Diese sind aus zwei Dimensionen ableitbar. Die erste Dimension betrifft die Art des Wissens. Wissen kann eher ein subjektives Verständnis und Spüren oder eher objektives Faktenwissen sein. Hierbei wird deutlich, dass das aus der Wissenschaft abgeleitete objektive Wissen nur einen Teil des gesamten Krankheitsgeschehens erklären kann. Die zweite Dimension bezieht sich auf die Konstitution der Gesellschaft. Hier existieren einerseits Theorien grundlegender politischer Veränderungen und andererseits Theorien sozialer Regulierung.

Verknüpft man diese beiden Dimensionen miteinander, dann ergeben sich vier Segmente, die vier Sichtweisen der Gesundheitsförderung, welche sich aus der Art des Wissens (objektiv oder subjektiv) und aus der Art der Gesellschaft (grundlegende Veränderung oder soziale Regulierung) ergeben.



Die **traditionelle Sichtweise** spiegelt die Ansätze einer Verhaltensänderung qua Wissensweitergabe wider. Beispiel: Der Arzt klärt den Patienten über das richtige Verhalten auf.

Die **humanistische Sichtweise** greift auf den Ansatz der Gesundheitserziehung zurück. Beispiel: Der Patient wird dazu befähigt, seine Potenziale auszuschöpfen und seine Möglichkeiten zur Führung eines gesunden Lebensstils alleine und eigenständig zu entwickeln.

Die **radikale Sichtweise** meint im Wesentlichen "Empowerment". Beispiel: Der Patient wird zur Bildung von sozialen, organisatorischen und ökonomischen Netzwerken (Selbsthilfegruppen usw.) ermutigt.

Die **marxistische Sichtweise** sieht Gesundheitsprobleme in den gesellschaftlichen Strukturen sozialer Ungleichheit. Beispiel: Gesundheitsförderung sollte sich ganz grundlegend der Bekämpfung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zuwenden.

Der Nutzen dieses Modells liegt darin, dass es die Praxis der Gesundheitsförderung auch als Ergebnis gesellschaftlicher Konflikte und Werte darstellt (Warwick-Booth, Cross & Lowcock, 2012).

Abbildung 10: Die Dimensionen der Gesundheitsförderung nach Caplan und Holland

Theorien des radikalen Wandels	radikal	marxistisch <small>(radikal strukturalistisch)</small>
Theorien der sozialen Regulation	humanistisch	traditionell
	subjektiv	objektiv

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Warwick-Booth, L., Cross, R. & Lowcock, D. (2012)

Vier Strategien der Gesundheitsförderung nach Beattie

Beattie entwickelte sein Modell Anfang der Neunzigerjahre. Auch Beattie kategorisiert Ansätze der Gesundheitsförderung anhand zweier Dimensionen in insgesamt vier Paradigmen, allerdings mit einem etwas anderen thematischen Schwerpunkt. Eine Dimension ist die Art der gesundheitlichen Intervention, die entweder autoritativ oder zwischen Partien ausgehandelt sein kann. Eine weitere Dimension ist der Fokus der gesundheitlichen Intervention, welcher entweder auf das Individuum oder auf Systeme (also etwa Kollektive, Sozialgruppen, Gemeinden oder Staaten) gerichtet sein kann. Hieraus ergeben sich folgende vier Strategien der Gesundheitsförderung (Warwick-Booth, Cross & Lowcock, 2012):

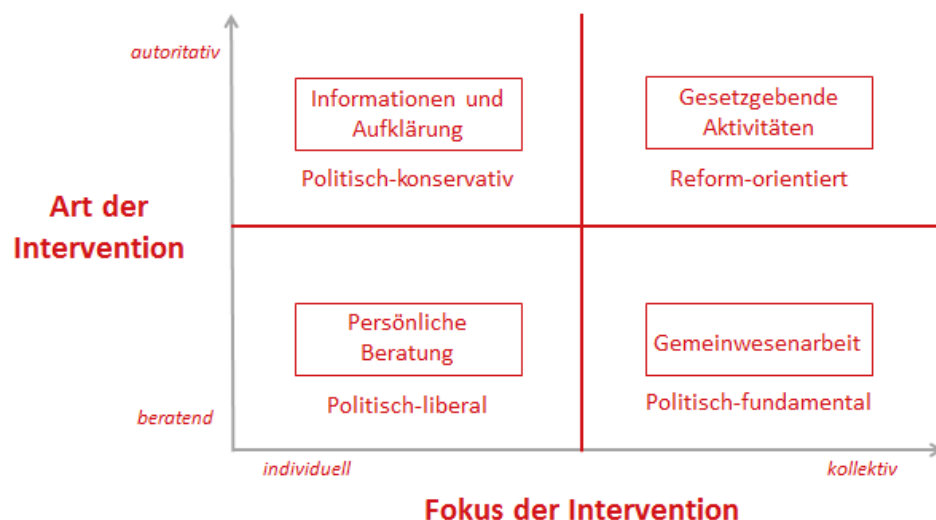
Information und Aufklärung (also individuelle Risikoreduktion etwa durch Impfungen)

persönliche Beratung (unterstützende Lebensstilberatung, etwa Kurzinterventionen zur Tabakentwöhnung)

Gemeinwesenarbeit (Unterstützung von Gruppen, etwa gemeinsame Agendaentwicklung zur kommunalen Gesundheitsförderung)

Gesetzgebende Aktivitäten und Lobbyarbeit (etwa in Form der Tabakkontrolle)

Abbildung 11: Strategien der Gesundheitsförderung nach Beattie



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Warwick-Booth, L., Cross, R. & Lowcock, D. (2012)

Tannahills Modell der Gesundheitsförderung

Tannahills Modell der Gesundheitsförderung findet unter den drei hier vorgestellten Modellen aktuell die breiteste Anerkennung. Das Modell geht von drei sich überlappenden Interventionsbereichen aus: Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung, Prävention und Gesundheitsschutz.

Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung soll das Wohlbefinden fördern und Erkrankungen durch Information und Aufklärung fördern (health education). **Prävention** (health prevention) bezieht sich auf die Entstehung, die Vermeidung von Komplikationen und Folgen sowie von Rezidiven relevanter Erkrankungen. **Gesundheitsschutz** (health protection) schließlich meint den Schutz der Bevölkerung durch strukturelle gesundheitspolitische Maßnahmen (Warwick-Booth, Cross & Lowcock, 2012). Dadurch ergeben sich Überschneidungen in insgesamt sieben Felder der Prävention und Gesundheitsförderung. Beispiele für die in der unten stehenden Abbildung dargestellten Felder sind laut Tannahill: 1. Informationen über Infektionswege des HIV, 2. Screeningmaßnahmen, 3. Sporthallenbau, 4. Aufklärungskampagnen zur Nutzung von Impfungen, 5. Arbeitsschutzgesetze, 6. Lobbyismus für gesunde Lebenswelten und 7. Lobbyarbeit für eine gesetzliche Gurtpflicht.

Abbildung 12: Tannahills Modell der Gesundheitsförderung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Warwick-Booth, L., Cross, R. & Lowcock, D. (2012)



e-tivity 10

Nehmen wir an, Sie haben die Aufgabe, eine bundesweite Kampagne zur Adipositasprävention zu entwickeln. Wie könnte eine solche nationale Kampagne aussehen, welche die drei Handlungsstrategien und die fünf Handlungsfelder der Ottawa-Charta berücksichtigt? Formulieren Sie mindestens 15 Einzelmaßnahmen, indem Sie die 15 möglichen Kombinationen von Handlungsstrategien und Handlungsfeldern heranziehen. Welches der drei dargestellten Modelle der Prävention und Gesundheitsförderung ist Ihrer Meinung nach am besten geeignet, Ihre Maßnahmen zu gruppieren?

3.7.4 Public-Health-Action-Cycle

Vielleicht ist Ihnen bei der Bearbeitung der letzten e-tivity aufgefallen, dass Ihnen die Ottawa-Charta hilft, Einzelmaßnahmen für ein so komplexes Public-Health-Projekt wie eine nationale Präventionskampagne zur Adipositasprävention zu identifizieren, und dass Ihnen die theoretischen Modelle helfen können, Ihre Maßnahmen in mehr oder weniger hilfreiche Kategorien einzuordnen, Ihre Ideen zu vervollständigen und die Maßnahmenplanung so zu optimieren. Mit Ihrer - sicher aufwändigen und durchdachten - Arbeit haben Sie aber noch keinem einzigen Menschen geholfen.

Für den gesamten Prozess der tatsächlichen praktischen Durchführung von Public-Health-Maßnahmen hat das US-amerikanische Institute of Medicine den so genannten Public-Health-Action-Cycle entwickelt, welcher Ihnen in der praktischen Durchführung helfen kann (Ruckstuhl, Somaini & Twisselmann, 2008).

Der Public-Health-Action-Cycle gliedert die Entwicklung von Public-Health-Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung in vier Phasen.

- Problembestimmung: Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen auf Bevölkerungsebene (Assessment)
- Strategieformulierung: Entwicklung von Public-Health-Maßnahmen
- Umsetzung der entwickelten Maßnahmen
- Bewertung: Überprüfung von Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen (Evaluation)

Abbildung 13: Der Public-Health-Action-Cycle



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (1997)

3.7.5 Qualitätsdimensionen der Evaluation

Nicht zuletzt aus gesundheitsökonomischen und medizinethischen Gründen werden Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren immer häufiger, immer intensiver und immer vielschichtiger evaluiert. Dabei hat sich mittlerweile folgende Differenzierung entlang der vier Phasen des Public-Health-Action-Cycle etabliert.

Planungsevaluation: Die Planungsqualität respektive die Assessmentqualität bezieht sich auf die Frage, ob die Zielbildung und die Bedarfsanalyse adäquat erfolgte. Dies schließt eine Definition und Erkundung der Zielgruppe ebenso ein wie die Berücksichtigung des Forschungsstandes und der Vorerfahrungen aus anderen ähnlichen Projekten (etwa im Rahmen systematischer Reviews).

Strukturevaluation: Bei der Strukturevaluation wird untersucht, in welcher Quantität und Qualität Grundlegendes für eine Maßnahme vorhanden ist. Dabei werden Personalressourcen (Ausstattung, fachliche Qualifikation), Raumressourcen (Anzahl und Ausstattung von Laboren, Büros und anderen Räumlichkeiten) und Finanzressourcen (Über-, Fehl- oder Unterfinanzierung) bewertet. Immaterielle Ressourcen

wie die Vernetzung und die Kommunikationsstruktur finden hier ebenso Berücksichtigung.

Prozessevaluation: Die Prozessevaluation schließt die Qualität von Abläufen und Verfahren während der eigentlichen Maßnahme ein. Hier wird evaluiert, ob Ziele, Meilensteine, unerwünschte Ereignisse und Feedbackschlaufen definiert, dokumentiert und beachtet wurden.

Ergebnisevaluation: Meist steht aus wissenschaftlicher Sicht die Ergebnisevaluation samt Effektivitäts- und Effizienzmessung im Mittelpunkt. Hier wird die Frage, ob und wie die Maßnahme gewirkt hat, methodisch sauber beantwortet.



e-tivity 11

Erstellen Sie eine Graphik zu einem Public-Health-Action-Cycle für Ihre nationale Präventionskampagne zur Adipositasprävention. Beachten Sie bei Ihrer Planung, dass Sie jede Phase des Public-Health-Action-Cycle in Ihrer Skizze berücksichtigen sollten. Welche Maßnahmen zur Evaluation würden Sie innerhalb der Phasen vorschlagen?

Fallvignette, Teil 5:

„Drei Jahre nach den ersten Stresssymptomen und zwei Jahre nach den umfangreichen Lebensstiländerungen hat Frau Müller 4 kg an Gewicht verloren. Ihren gesünderen und aktiveren Lebensstil konnte sie vor allem Dank der Unterstützung ihrer Familie beibehalten. In ihrer Einzelhandelsfiliale wurde nach einer konzernweiten arbeitsplatzspezifischen Gefährdungsbeurteilung und unter aktiver Beteiligung der Belegschaft mittlerweile ein neues Führungs- und Organisationsmodell etabliert, was Frau Müller die Möglichkeit eröffnet hat, wieder Führungsverantwortung zu übernehmen. Rückenschmerz spürt sie episodisch immer wieder einmal einige Tage lang, aber sie hat gelernt, damit umzugehen.“

4. Zusammenfassung

Der Bachelorstudiengang "Interprofessionelle Versorgung und Management", befähigt Sie als Studentin oder Student, gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen im gesellschaftlichen Kontext zu reflektieren und interdisziplinäre Lösungsansätze zu erarbeiten. In diesem Studienbrief haben Sie dazu ganz konkret die theoretischen Grundlagen in Form der wichtigsten Gesundheitsmodelle, die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation sowie Werkzeuge zur Erarbeitung und zur Evaluation umfassender Gesundheitsförderungsstrategien kennengelernt. Immanentes Ziel dieses Studienbegleitheftes war es dabei, Ihren Blick weg vom individuellen Schicksal hin zur gesamtgesellschaftlichen Perspektive zu lenken. Denn diese interdisziplinäre Sichtweise wird für künftige Führungs- und Managementaufgaben in interprofessionellen Teams wichtig sein.

5. Ausblick

Seit Jahrzehnten dominieren in westlichen Industrienationen und ganz besonders in Deutschland individuumszentrierte Ansätze zu Prävention und Gesundheitsförderung. Die zahllosen Gesundheitskurse etwa der Krankenkassen und der Sportvereine sind hier nur ein Beispiel. Darüber hinausgehende kommunale und regionale Projekte zu Prävention und Gesundheitsförderung sind selten überregional vernetzt. Insgesamt wird von Experten eine "Interventionitis" und - trotz einzelner Erfolge - eine mangelhafte Nachhaltigkeit dieser meist individuumszentrierten Verhaltensprävention kritisiert. Die bereits vor Jahrzehnten von der WHO formulierte Forderung nach evidenzbasierten und bevölkerungsweiten Gesundheitsstrategien mit koordinierten verhältnispräventiven Maßnahmen wird hierzulande nun sehr langsam gesundheitspolitisch anerkannt und berücksichtigt. Die Stärkung verhältnispräventiver Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber der kurativen Medizin ist aus gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Sicht eine wichtige Zukunftsaufgabe.

7. Literaturverzeichnis

- [1.] Adams, J. & White, M. (2003). Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. In: *British Journal of Sport Medicine* 37 (2), S. 106-114.
- [2.] beta Institut gemeinnützige GmbH, Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement, Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin (o.J.). . Zugriff am 02.01.2018. Verfügbar unter <http://www.beta-institut.de>
- [3.] Bucksch, J. & Schneider, S. (Hrsg.) (2014). Walkability: Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune. Bern: Hans Huber.
- [4.] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2010). ICF-Praxisleitfaden 3. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhaussteam. Frankfurt am Main: BAR.
- [5.] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017). Nationale VersorgungsLeitlinie - Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. DOI: 10.6101/AZQ/000353
- [6.] Deutsche Rentenversicherung (o.J.). Infos für Ärzte zu Reha & Rente. Zugriff am 02.01.2018. Verfügbar unter <https://www.rehainfo-aerzte.de>
- [7.] Egger, J.W. (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“ – Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. In: *Psychologische Medizin* 19 (2), S. 12-22.
- [8.] Gemeinsamer Bundesausschuss (o.J.). Was versteht man unter mobiler geriatrischer Rehabilitation. Zugriff am 02.01.2018. Verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/sys/faq/81/>

- [9.] Hafen, M. (2002). Das weite Feld von Prävention und Gesundheitsförderung. In: *SuchtMagazin* 1, S. 34-42.
- [10.] Hanewinkel, R., Isensee, B. & Morgenstern, M. (2012). Maßnahmen zur Tabakprävention. In: *Der Pneumologe* 9 (3), S. 191-196.
- [11.] Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch J. (Hrsg.) (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber.
- [12.] Klotz, T., Haisch, J. & Hurrelmann, K. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung: Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (10), S. 606-609.
- [13.] Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- [14.] Kolip, P. (2014). Stichworte und Gedanken: Walkability als Baustein kommunaler Gesundheitsförderung. In J. Bucksch, & S. Schneider (Hrsg.), *Walkability: Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune* (S. 321-326). Bern: Verlag Hans Huber.
- [15.] Kuntz, B. & Lampert, T. (2010). Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung von Adipositas. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (30), 517-522.
- [16.] Mielck, A. & Bloomfield, K. (2001). Verringerung der Einkommens-Ungleichheit und Verstärkung des sozialen Kapitals: Neue Aufgaben der sozial-epidemiologischen Forschung. In: *Gesundheitswesen* 63 (1), S. 18-23.
- [17.] Pfaff, H., Neugebauer, E.A., Glaeske, G. & Schrappe, M. (2010). *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik – Anwendung*. Stuttgart: Schattauer.
- [18.] Prochaska J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. In: *American Journal of Health Promotion* 12 (1), S. 38-48.
- [19.] Robert Koch-Institut & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI.
- [20.] Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle*

als Arbeitsinstrument. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit.

[21.] Siegrist J. & Marmot, M. (2008). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Hans Huber.

[22.] Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017). Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten. Zugriff am 02.01.2018. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Leistungsarten.html>

[23.] Stemper, T. (2014). Wie funktioniert der §20 SGB V? Eckpunkte zur Kooperation von Fitnessstudios mit Krankenkassen im Rahmen von Präventionskursen. In: *Fitness & Gesundheit* 3, 68-71.

[24.] Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

[25.] Warwick-Booth, L., Cross, R. & Lowcock, D. (2012). *Contemporary Health Studies. An Introduction*. Cambridge: Polity Press.

[26.] Wolfram, N., Schütte, U., Walter, M. & Kirch, W. (2010). Präventive Versorgung. In H. Pfaff, E.A. Neugebauer, G. Glaeske, & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik – Anwendung* (S. 426-430). Stuttgart: Schattauer.

8. Linkverzeichnis

zu Abschnitt 3.1:

1) Namhafte Professoren erklären, wie unser Wirtschaftssystem individuelle Stressbelastungen und Krankheiten verursacht.

<https://www.youtube.com/watch?v=NvvFCiSy684>

zu Abschnitt 3.2:

2) Jolanda Pogade erläutert die verschiedenen Definitionen von Prävention mitsamt wichtiger Aspekte wie Schutzfaktoren, Resilienz usw.

<https://www.youtube.com/watch?v=WxpHSANgi1s>

zu Abschnitt 3.3:

3) Der Sozialverband VdK erklärt, was eine Rehabilitationsmaßnahme ist. Dabei werden Fragen rund um Antragstellung, Erwerbsminderung und Fachbegriffe wie Rehabilitation, Vorsorge und Kur ebenso wie spezielle Maßnahmen wie die geriatrische Rehabilitation erörtert.

<https://www.youtube.com/watch?v=XbQna89pON4>

4) Die multimodale Schmerztherapie, erklärt von der Schön-Klinik.

<https://www.youtube.com/watch?v=CJGzvQgiQvM>

zu Abschnitt 3.5:

5) Prof. Dr. Frank Mayer, Universität Potsdam, beschreibt Diagnose, Prävention und Therapie von unspezifischem Rückenschmerz.

<https://www.youtube.com/watch?v=yYlr2360w98>

zu Abschnitt 3.6:

7) Dr. Matthias Schlensak vom Adipositaszentrum Düsseldorf erklärt die wichtigsten Prävalenzen und Ursachen der Adipositas, die Grenzwerte und die Berechnung des BMI.

<https://www.youtube.com/watch?v=XNhmW2rRs0>

8) Richard Wilkinson erklärt in einer unterhaltsamen und aktuellen Analyse weltweiter Daten, wie ökonomische Ungleichheiten unserer Gesellschaft schaden.

<https://www.youtube.com/watch?v=cZ7LzE3u7Bw>

zu Abschnitt 3.7:

9) Dieses offizielle Video der WHO beleuchtet die Geschichte der Ottawa-Charta mit historischen Originalaufnahmen und einem Ausblick auf die dann folgenden Entwicklungen.

<https://www.youtube.com/watch?v=gJ1H2ojwb2Q>

10. Glossar

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)

Das Arbeitsschutzgesetz regelt für alle Tätigkeitsbereiche die grundlegenden Arbeitsschutzpflichten des Arbeitgebers, die Pflichten und die Rechte der Beschäftigten sowie die Überwachung des Arbeitsschutzes.

Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)

Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) enthält Regelungen über die betriebliche Organisation des Arbeitsschutzes. Der Arbeitgeber hat nach dem ASiG Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen und in Betrieben mit mehr als zwanzig Beschäftigten einen Arbeitsschutzausschuss zu bilden.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF

Die ICF (engl.: International Classification of Functioning, Disability and Health) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation. Sie dient international als einheitliche und standardisierte Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der gesundheitsrelevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen.

Public Health

Public Health befasst sich mit der öffentlichen Gesundheit (früher Volksgesundheit), also der Wissenschaft und Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen.

Screening

Der Begriff „Screening“ kommt aus dem Englischen und bedeutet so viel wie „Filteruntersuchung“. Ein Screening soll Vorstufen, Frühstadien und Risikofaktoren einer Erkrankung feststellen.

Setting

Ein Setting wird als soziales System beschrieben, das eine Vielzahl gesundheitsrelevanter kontextueller Einflüsse auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe umfasst. Beispiele für Settings sind Stadt, Stadtteil, Kommune, Betrieb beziehungsweise Unternehmen, Krankenhaus, ambulante Praxis, Pflegeeinrichtung, Familie, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule.

In der Literatur werden Settingansätze einerseits in „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und andererseits in „gesundheitsförderndes Setting“ unterschieden. „Gesundheitsförderung in einem Setting“ meint die Durchführung von Gesundheitsförderungsaktivitäten in einem spezifischen Setting zum Beispiel in Form von Programmen und Projekten. Ein „gesundheitsförderndes Setting“ ist ein neuartiges Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel durch die Einbeziehung aller Statusgruppen und gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten des Settings beinhaltet.

Gesundheitliche Ungleichheit

Der Terminus "gesundheitliche Ungleichheit" beschreibt soziale Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung auf Bevölkerungsebene.



Impressum

Modulentwicklung:

Dr. rer. medic. Jörn Kiselev

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



Definition



Tip



Information



Podcast



Video



Austausch

Verschiedene Icons dienen zur Kennzeichnung zusätzlicher Informationsangebote oder Aufgaben. Sie werden an betreffender Stelle am linken Seitenrand platziert.

Inhalt

1.	Einleitung	6
1.1	Willkommen	6
1.2	Überblick und Lernziele	7
1.3	Inhalte und Aufbau des Moduls	7
1.4	Begriffsbestimmungen	8
1.4.1	Geriatrie und Gerontologie.....	9
1.4.2	Palliativmedizin	11
1.5	Glossar zur Geriatrie.....	12
2.	Altersentwicklung.....	15
2.1	Demografische Entwicklung.....	15
2.2	Physiologische Alterung.....	17
2.2.1	Telomer-Theorie	18
2.2.2	Freie-Radikale-Theorie	19
2.2.3	Antagonistische Pleiotropie.....	19
2.2.4	Zusammenfassung der Alterungstheorien.....	20
2.3	Wahrnehmung des Alterns / Alternskonzepte	20
2.3.1	Disengagement-Theorie	21
2.3.2	Aktivitäts-Theorie	22
2.3.3	Kontinuitätstheorie	23
2.4	Soziale Folgen des Alterns	24
3.	Geriatrische Patient_innen	27
3.1	Altersassoziierte Erkrankungen	27
3.2	Co- und Multimorbidität.....	33
3.3	Risikofaktoren für altersassoziierte Erkrankungen	37
4.	Geriatrische Behandlungskonzepte.....	54
4.1	Formale Rahmenbedingungen	54
4.2	Multidisziplinäre Teams	56
4.3	Geriatrisches Assessment	56
4.4	Partizipative Entscheidungsfindung in der Geriatrie	64
4.5	Patient_innen mit Demenz.....	71
4.5.1	Was ist Demenz?	72
4.5.2	Behandlung von Patienten mit Demenz	74
Letzte Aktualisierung: Version 0.95 vom 28.01.2019, Bearbeiter/in: Jörn Kiselev		3

4.6	Behandlung von Palliativpatienten.....	79
5.	Ausblick.....	83
	Literaturverzeichnis	84
	Linkverzeichnis.....	95
	Glossar	95
6.	Anhang	99
6.1	Fallbeispiele der Palliativversorgung	99

Tabellen

Tabelle 1:	Die 10 häufigsten Gründe für eine ambulante Behandlung bei älteren in der GEK versicherten Menschen ab 65 Jahren	29
Tabelle 2:	Die 10 häufigsten Gründe für eine Krankenhausbehandlung bei älteren Menschen (2009).....	30
Tabelle 3:	Risikofaktoren für die Entwicklung von altersassoziierten Erkrankungen	37
Tabelle 4:	Fördernde und hemmende Faktoren zur Aufnahme oder dem Erhalt körperlicher Aktivität	42
Tabelle 5:	Messbereiche des Barthel-Index (BI)	58
Tabelle 6:	Gesprächsablauf eines Gesprächs zur partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)	66

Abbildungen

Abbildung 1:	Entwicklung der Altersstruktur zwischen 1910 und 2060 (Prognose).....	15
Abbildung 2:	Durchschnittliche Lebenswartung von heute geborenen Mädchen (rot) und Jungen (blau).....	16
Abbildung 3:	Pflegequote nach Altersgruppen 2015	17
Abbildung 4:	Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland (2000-2015)	24
Abbildung 5:	Prozentueller Anteil erkrankter und unfallverletzter Personen in den letzten 4 Wochen, sortiert nach Alter und Geschlecht (2005).....	28

Abbildung 6: Morbidität, Mortalität und Letalität von Herzinfarkten aus dem MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg 2001–2003	31
Abbildung 7: vorhandene Risikofaktoren bei Herzinfarktpatienten	32
Abbildung 8: Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen im Altersverlauf....	34
Abbildung 9: Leitlinie zur Planung von Interventionen bei multimorbiden Patienten (eigene Übersetzung nach den “ (“Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity,” 2012)	36
Abbildung 10: körperliche Aktivität und Sport in verschiedenen Altersgruppen in Deutschland (Angaben in %)	40
Abbildung 11: Anzahl Erkrankungen und Wahrscheinlichkeit eines Sturzes	47
Abbildung 12: Risikofaktoren für Stürze im Alter (eigene Übersetzung aus (World Health Organisation, 2007).....	48
Abbildung 13: Prävalenz regelmäßiger Raucher.....	53
Abbildung 14: Berufsgruppen mit den 10 häufigsten und niedrigsten Raucheranteilen	53
Abbildung 15: Identifikation von sturzgefährdeten älteren Menschen.....	62
Abbildung 16: multidisziplinäres Behandlungskonzept für sturzgefährdete ältere Menschen	63
Abbildung 17: Einschätzung des Nutzens schriftlicher Patienteninformationen	68
Abbildung 18: Begünstigende und protektive Faktoren für die Entwicklung einer Demenz	75
Abbildung 19: "Traditionelles" Konzept der Palliativversorgung	80
Abbildung 20: überarbeitetes Konzept der palliativen Versorgung in der Geriatrie.....	81

1. Einleitung

1.1 Willkommen

Ich begrüße alle Studierenden dieses Moduls herzlich und hoffe, dass die Inhalte dieses Modulbuchs Ihnen helfen werden, einen guten und tiefen Einblick in das Feld der Geriatrie und der Altersforschung zu erhalten.

Die Geriatrie ist als Teilbereich der Medizin ein besonderes, da sich hier verschiedene andere Teilbereiche miteinander verbinden. Ältere Menschen sind mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Problemen konfrontiert, die sich in dieser Art auch bei jüngeren Patient_innen finden lassen. So sind Erkrankungen wie Diabetes Mellitus Typ 2, eine Arthrose oder auch ein Herzinfarkt durchaus bei Menschen zwischen 40 und 50 Jahren zu finden und einige Erkrankungen haben in dieser Zeit auch ihren Prävalenzhöhepunkt. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass solche beispielhaft genannten Erkrankungen das weitere Leben der Betroffenen dauerhaft verändern und damit auch im weiteren Verlauf des Lebens einen Einfluss auf die Lebensgestaltung haben. Beim älteren Menschen und insbesondere bei geriatrischen Patient_innen kommt schließlich vieles zusammen. Aus diesem Grund finden wir in der Geriatrie nicht mehr „die“ typischen Patient_innen vor, die eine Endoprothese benötigen, einen Herzinfarkt erlitten haben oder die nun in der Selbstversorgung seiner Diabetes-Erkrankung geschult werden sollen. Stattdessen sehen wir Patient_innen, die nach 30 Jahren Diabetes nun ein neues Hüftgelenk benötigen und zusätzlich letztes Jahr einen Herzinfarkt hatten, von dem sie sich bislang noch nicht vollständig erholt haben.

Die Behandlung solcher Patient_innen stellt aufgrund dieser gleichzeitig auftretenden Probleme und den damit einhergehenden Grenzen der Belastbarkeit eine besondere Herausforderung dar. Zusätzlich ergeben sich aus dieser Konstellation und den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen Zielsetzungen, die sich relevant von denen jüngerer Menschen unterscheiden. Dies alles gilt es in der Geriatrie zu berücksichtigen, um eine adäquate, zielgenaue und erfolgreiche Therapie anbieten zu können. Diese ist, und das ist eine weitere Besonderheit der Geriatrie, nur durch ein engmaschig mit einander abgestimmtes Vorgehen aller an der geriatrischen Versorgung beteiligten Berufs-

gruppen möglich. Insofern ergeben sich aus dieser Konstellation auch besondere Chancen für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen, aktiv und nachhaltig auf die konkrete Patientenversorgung, aber auch auf die Rahmenbedingungen in der Geriatrie und mittelfristig auch darüber hinaus beitragen zu können. Ich hoffe, dass dieses Modul mit zu einer solchen Entwicklung beitragen kann.

1.2 Überblick und Lernziele

- Die Studierenden werden befähigt, in ausgewählten Feldern alters- und krankheitskorrelierte Veränderungsprozesse zu erkennen und geeignete Interventionskonzepte zu konzipieren, selbstständig eine themenbezogene Forschungsfrage zu generieren sowie den Forschungsprozess zu reflektieren.
- Die Studierenden kennen die wichtigsten Begriffe innerhalb der Altersmedizin und können verschiedene Handlungsfelder voneinander differenzieren.
- Die Studierenden kennen die wesentlichen mit dem Altern assoziierten Probleme und sind in der Lage, physiologische Alterungsprozesse von pathologischen zu unterscheiden.
- Die Studierenden erlangen die notwendigen Kompetenzen, anhand von Fallbeispielen vorliegende Probleme zu identifizieren und daraus geeignete Maßnahmen unter Einbeziehung eines interprofessionellen geriatrischen Behandlungsteams abzuleiten.
- Die Studierenden sind in der Lage, eine für den Bereich der Altersmedizin relevante Forschungsfrage zu formulieren und eine zur Beantwortung dieser Forschungsfrage geeignete Methodik zu entwickeln.

1.3 Inhalte und Aufbau des Moduls

Dieses Modul gliedert sich in 3 Bereiche.

Im ersten Bereich soll der

Altersentwicklung (ab S. 15) aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Anhand dieser Betrachtung sollen sich die sich aus dem Alterungsprozess ergebenden verschiedenen Konsequenzen betrachtet werden. Hier sollen alle biologischen, psychischen und sozialen Ebenen angesprochen werden, um ein umfassendes und holistisches Bild zu vermitteln.

Im zweiten Kapitel „Geriatrische Patient_innen“ (ab S. 27) soll der Unterschied zwischen dem normalen und erwartbaren Alterungsprozess und pathologischen Entwicklungen, die einer Intervention bedürfen, erarbeitet werden. Hier sollen insbesondere die verhaltensbezogenen Risikofaktoren für die Entwicklung verschiedener Erkrankungen im Mittelpunkt stehen. Darüber hinaus sollen besonders die so genannten chronischen Erkrankungen in ihren komplexen Folgen für die Betroffenen selber, aber auch für den Planungsprozess geeigneter Interventionen besprochen werden.

Im dritten Bereich schließlich sollen „Geriatrische Behandlungskonzepte“ (ab S. 54) sowie deren Rahmenbedingungen im bundesdeutschen Gesundheitssystem betrachtet werden. Bei dieser Betrachtung steht ausdrücklich der Gedanke der Interprofessionalität und der multidisziplinären Behandlungsteams im Mittelpunkt.

Zu jedem Modultermin erhalten Sie Materialien zur Vorbereitung auf den jeweiligen Termin sowie eine dazugehörige Vorbereitungsaufgabe, anhand der Sie sich in das Thema einarbeiten können.

Jeder Themenschwerpunkt wird kurz beschrieben und anhand von vorhandener Literatur, Studien und Fallbeispielen vertieft. Multimediale Inhalte und vertiefende Aufgaben dienen der Vor- und Nachbereitung der Seminarinhalte. Diese sollen, wann immer möglich, als Gruppenaufgaben gelöst werden, hierfür können Sie die zur Verfügung stehenden Online-Tools nutzen.

1.4 Begriffsbestimmungen

Immer, wenn man sich einem neuen Thema zuwendet, gilt es zunächst, die Definitionen der zu diesem Gebiet zugehörigen Begriffe zu erfassen und deren Bedeutung in diesem Kontext zu verstehen. Dies ist aus mehreren Gründen wichtig:

1. Begriffe und deren Definitionen innerhalb eines spezifischen Fachgebiets (nicht nur innerhalb der Gesundheitsberufe) entwickeln sich vor

- allem aus dem Grund, dass man beobachtbare und erfahrbare Phänomene möglichst präzise und eindeutig beschreiben möchte.
2. Die so definierten Begriffe lassen sich dadurch im fachspezifischen Sprachgebrauch einfacher und präziser verwenden.
 3. Verschiedene Begriffe können in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Bedeutungen haben. Aus diesem Grund sollte man nie annehmen, dass verwendete Begrifflichkeiten immer bekannt sind und alle auf dieselbe Definition zurückgreifen, selbst wenn man sich in einem Umfeld bewegt, in dem man eine hohe Schnittmenge an Fachwissen voraussetzen kann. Also beispielsweise auch in einem interprofessionellen Team...

As diesem Grund werden wir in diesem Modul immer wieder auf vorhandene Definitionen zurückgreifen und dort, wo wir auf unterschiedliche Definitionen treffen, eine gemeinsame Definition erarbeiten. Diese Definitionen finden Sie zum Teil bereits im Glossar ab S. 95. Darüber hinaus wollen wir aber auch diesen Glossar gemeinsam erweitern. Dazu mehr ab S. 12.

Zunächst sollen aber einige sehr grundlegende Begriffe definiert bzw. unterschiedliche Begriffe trennscharf voneinander unterschieden werden.

1.4.1 Geriatrie und Gerontologie

Diese beiden Begriffe werden immer wieder miteinander verwechselt oder unscharf voneinander unterschieden und richtigerweise gibt es auch Bereiche, in denen sich diese beiden Felder überlappen. Trotzdem ist es wichtig, sie voneinander unterscheiden zu können.

Geriatrie

Der Begriff der Geriatrie leitet sich aus dem griechischen ab γέρω = alt; ιατρεία = Heilkunde). Die Geriatrie stellt also die klassische Altersheilkunde dar, also die Lehre der typischen altersbezogenen Erkrankungen sowie der geeigneten Behandlungen und Versorgungen für diese Menschen.

Um als geriatrische r Patient_in zu gelten, reicht es im Normalfall jedoch nicht aus, ein bestimmtes Alter erreicht zu haben. Im Allgemeinen werden folgende Voraussetzungen dafür definiert, um ein_en Patient_in als „geriatrisch“ zu bezeichnen:

1. Ein Alter von 70 Jahren oder mehr
2. Das gleichzeitige Vorliegen mehrere alterstypischer Erkrankungen

Hierbei ist jedoch insbesondere das definierte Mindestalter eher als ungefährender Wert zu verstehen.

In Deutschland wird die Geriatrie häufig der inneren Medizin zugeordnet, in vielen anderen europäischen Ländern stellt sie einen eigenen Fachbereich dar. Sie umfasst aber neben der inneren Medizin häufig auch weitere Bereiche wie die Neurologie oder Orthopädie. Aus diesem Grund müssen alle in der Geriatrie arbeitenden Gesundheitsberufe über ein breites medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Wissen verfügen.

Geriatrie Patient_innen zeichnen aber neben den bereits genannten Eigenschaften zusätzlich durch einige Besonderheiten aus, die bei der Versorgung, aber auch bei der Beurteilung dieser Patientengruppe eine große Rolle spielt. So ist erst einmal festzuhalten, dass die Alterung als solche keine Krankheit und auch keinen pathologischen Prozess darstellt. Bestimmte Veränderungen mit zunehmendem Alter sind also zu erwarten, auch wenn sicherlich diese Veränderungen ab einem bestimmten Grad Auswirkungen auf den Alltag der älteren Menschen haben. Trotzdem hat das Alter einen Einfluss auf unsere Gesundheit, beispielsweise dadurch, dass Regenerationsprozesse nach einem gesundheitlich beeinträchtigenden Ereignis verlangsamt oder reduziert sind. Dadurch können Erkrankungen, die in einem jüngeren Alter zumeist unkompliziert verlaufen, in einem höheren Alter durchaus gefährliche Verläufe nehmen. Als bekannteres Beispiel kann hier der Verlauf von grippalen Infekten genannt werden, aber auch die Rehabilitationsphasen nach einer Fraktur. Dies zeigt, dass auch zunächst einmal nicht-pathologische Alterungsvorgänge durchaus ernste und behandlungsbedürftige Konsequenzen haben können.

Zu diesem Phänomen kommen noch weitere hinzu, die insgesamt sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung von geriatrischen Patient_innen erschweren. Hierzu zählt beispielsweise, dass die Mehrzahl der bei geriatrischen Patient_innen zu beobachtenden Erkrankungen chronisch sind und zudem mehrere parallel auftretende Erkrankungen sich gegenseitig negativ beeinflussen können oder sich gegenseitig bedingen und verstärken.

In diesem Zusammenhang sind verschiedene Problemkomplexe bekannt, die bei geriatrischen Patient_innen häufig zu beobachten sind und die, sowohl als Einzel- als auch als Gesamtphänomen, zu typischen Verläufen in der Geriatrie mit Abnahme der Mobilität, Alltagskompetenzen und sozialer Isolation führen.

Diese Komplexe sind als die „i“ der Geriatrie bekannt (Freund, 2013). An dieser Stelle sollen die wichtigsten dieser Komplexe genannt werden:

- Immobilität
- Irritabilität
- Instabilität
- Inkontinenz

- Isolation
- Immundefekt
- Impotenz

Dabei stellen die ersten 4 Komplexe die zentralen Problembereiche der Geriatrie dar, die einen Großteil der geriatrischen Interventionsstrategien beherrschen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die weiteren Punkte weniger relevant wären. Die soziale Isolation älterer Menschen ist ein sehr wichtiges Thema, das zwar kein ausschließlich medizinisches Thema ist, jedoch stark von medizinischen Faktoren abhängig ist. Darüber hinaus zeigen Diskussionen der letzten Jahre, dass das Thema der Sexualität auch im höheren und hohen Alter nicht verschwindet (wie man lange angenommen hat), sondern weiterhin einen wichtigen Teil im Leben älter werdender Menschen spielt, der einen großen Einfluss auf die Lebensqualität haben kann.

Gerontologie

Die Gerontologie ist die Lehre vom Alter (γέρων (géron) = Greis; λόγος (lógos) = Lehre). Sie ist also die Wissenschaft, die sich mit allen Folgen des Älterwerdens auseinandersetzt. Hierzu zählen neben den biologischen und physiologischen Gründen des Alterungsprozesses auch psychische, soziale und kulturelle Aspekte des Alterns. Auch die Forschung zu demografischen Entwicklungen der Altersstruktur wird hier hinzugezählt.

Aufgrund dieser vielfältigen Aspekte der Gerontologie finden sich in ebenso vielen wissenschaftlichen Gebieten Fachbereiche der gerontologischen Forschung.

1.4.2 Palliativmedizin

Während die geriatrische Medizin die Versorgung des alten Menschen in den Mittelpunkt stellt, ist die Palliativmedizin auf Basis der Definition des deutschen Ethikrats als davon zu differenzierenden Versorgungsbereich definiert:



Palliativmedizin:

Palliativmedizin ist "die aktive ganzheitliche Behandlung von Patient_innen mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt."

Während es also eine durchaus relevante Schnittmenge zwischen der Geriatrie und der Palliativmedizin gibt, beschränkt sich letztere bei weitem nicht auf die Behandlung des *alten* Menschen am Ende seines Lebens, sondern umfasst alle Formen der Behandlung und Versorgung von *allen* Menschen, bei denen eine Erkrankung oder ein Zustand vorliegt, der nicht mehr heilbar ist und erwartbar mit einem Sterbeprozess einhergehen wird.

1.5 Glossar zur Geriatrie

Am Ende dieses Modulbuchs (ab S. 95) finden Sie ein Glossar mit verschiedenen Begriffen, auf die in der Geriatrie immer wieder zu treffen ist und die zum sprachlichen „Standardrepertoire“ in der Geriatrie gehören.

Dort, wo diese im Rahmen dieses Modulbuchs bereits erläutert werden, finden Sie diese Begriffe auch im Glossar wieder. Darüber hinaus wird es selbstverständlich immer wieder vorkommen, dass Ihnen während weitere Begriffe vorkommen, die Ihnen unbekannt sind oder deren Bedeutung zu klären ist.



Sie als Studierende sind an dieser Stelle dazu aufgefordert, dieses Glossar kontinuierlich zu ergänzen und zu erweitern. Hierzu wird Ihnen zu Beginn dieses Seminar ein Link für ein [Moodle](#) zur Verfügung gestellt, in dem Sie diese Arbeit zusammen durchführen können.

Alle unklaren Begriffe sollten deshalb kontinuierlich in diesen Moodle eingetragen werden und als Gruppenarbeit aktuell gehalten werden. Dies gilt für den gesamten Seminarverlauf.

Dabei soll eine über den gesamten Seminarverlauf einheitliche Vorgehensweise eingehalten werden, die es Ihnen erleichtert, das Glossar so gut wie möglich zu führen und zu befüllen.

1. In jedem Seminar sowie in jeder Gruppen- oder Einzelarbeit werden alle Begriffe, die nicht klar sind oder deren Definition nicht oder nur unscharf bekannt sind, notiert.
2. Für jeden dieser notierten Begriffe wird ein_e Verantwortliche_r definiert, der diesen Begriff recherchiert, das Ergebnis im Glossar beschreibt und die entsprechenden Quellen notiert.
3. Ein_e weitere_r Verantwortliche_r überprüft anschließend die Definition und die verwendeten Quellen. Findet sie weitere Quellen, können diese ergänzt werden. Ist die Definition aus Sicht des oder der Reviewenden unscharf oder falsch, setzt er oder sie sich mit dem/der Verantwortlichen für den Beitrag in Verbindung und präzisieren gemeinsam den Begriff.



Der unter Punkt 3 beschriebene Vorgang wird in der Wissenschaft ein „Peer-Review“ Verfahren genannt, also die Überprüfung durch gleichgesinnte. Dieses Peer-Review Verfahren wird in der Wissenschaft für vielerlei Kontrollen der Qualität von Dokumenten verwendet, so zum Beispiel beim Einreichen von wissenschaftlichen Artikeln bei einschlägigen Journalen. Aus diesem Grund sollen Sie in diesem Studium bereits Gelegenheit erhalten, dieses Verfahren anzuwenden und zu erproben.

Weitere Informationen zum Peer-review-Verfahren erhalten Sie beispielsweise hier: <https://www.publisso.de/open-access-beraten/faqs/peer-review/>

1.6 Modulaufgabe und Prüfungsleistung

Wie in vielen anderen Seminaren auch kommt auf Sie auch in diesem Seminar eine Prüfungsleistung zu. Hierbei sollen Sie:

- selbstständig eine praxisrelevante, gerontologische Forschungsfrage formulieren
- ein geeignetes Forschungsdesign identifizieren
- den Forschungsprozess selbstständig planen und durchführen

- ihren Forschungsprozess und die Ergebnisse und bewerten und diese im interprofessionellen Kontext präsentieren

Inhaltlich und thematisch können Sie sich dabei an den 11 in diesem Modulbuch beschriebenen Seminaraufgaben orientieren. Wichtig wird es für Sie jedoch sein, Ihren gesamten Forschungsprozess darstellen und begründen zu können; dies ist in den Seminaraufgaben zum Teil auch gefordert, jedoch in einem deutlich kleineren Maßstab. So wird es z.B. nicht reichen, ein Fallbeispiel zu präsentieren, ohne dabei auf eine vorhandene Übertragbarkeit der Ihrer Erkenntnisse verweisen zu können. Auch sollten sie die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse generell mit einbeziehen und (begründet) auf Lücken in der vorhandenen Evidenz hinweisen können.

Mögliche Methoden könnten sein:

- Literaturrecherche
- Interviews mit Patient_innen und/oder Angehörigen der Gesundheitsberufe
- Darstellung eines Prozesses (Behandlung, Information, Assessment, etc.)
- Datenanalyse (Krankenhauszahlen, eigene Praxis, etc.)

Sie sind jedoch frei in der Auswahl und können auch hier nicht genannte Methoden wählen.

Die Art der Präsentation Ihrer Modulleistung kann ebenfalls frei gewählt werden, sie sollte aber in jedem Fall folgende Punkte umfassen:

- Die Forschungsfrage
- Die gewählte Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage
- Die Durchführung (Suchstrategie, Interviewleitfaden, Assessmentverfahren, etc.)
- Die vorhandene Evidenz zu diesem Thema (mit Quellenangaben)
- Die Ergebnisse einschließlich Ihrer (begründeten) Interpretation
- Auswirkungen auf Ihre eigene Berufsgruppe und das interprofessionelle Team

2. Altersentwicklung

2.1 Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung in Deutschland wird sowohl öffentlich als auch im Bereich der Wissenschaft intensiv betrachtet und untersucht. Während die zu beobachtenden Entwicklungen zweifelsfrei einen großen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung haben, sind viele der – zugegebenermaßen sehr komplexen – Konsequenzen dieser Veränderungen noch nicht überschaubar. Im Verlaufe der letzten 100 Jahre ergab sich aus verschiedenen Gründen eine dramatische Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Während im Jahr 1910 die Altersverteilung der Gesamtbevölkerung in Deutschland noch eine sehr regelmäßige Pyramide ergab, sehen wir in gegenwärtigen Analysen eine Verschiebung hin zu mittelalten und älteren Menschen (Abbildung 1). Diese Entwicklung wird allen Prognosen zufolge bis zum Jahr 2060 weiter fortschreiten.

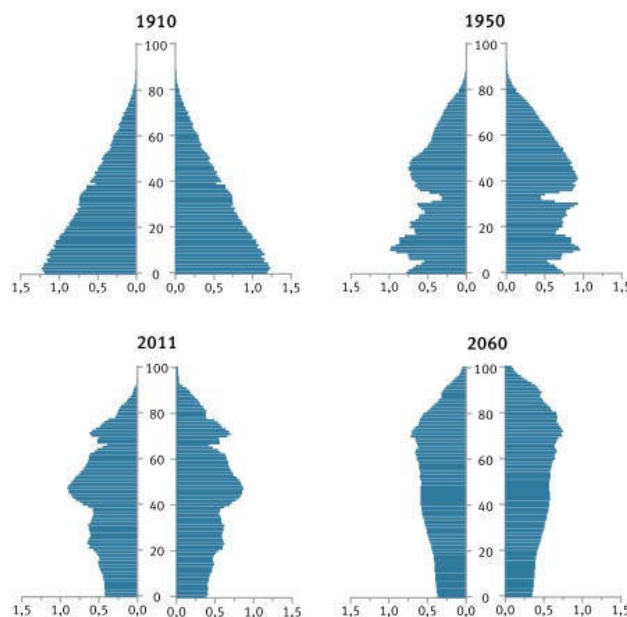


Abbildung 1: Entwicklung der Altersstruktur zwischen 1910 und 2060 (Prognose)

Quelle: (Grünheid & Fiedler, 2013)

Als Gründe für diese Verschiebung der Altersstruktur muss man annehmen, dass mehrere Faktoren zeitgleich bzw. dicht hintereinander auftraten, die diese Entwicklung begünstigten:

- Die verbesserte medizinische Versorgung führte zu einer geringeren Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie zu einer höheren Lebenserwartung. Die durchschnittliche Lebenserwartung heute geborener Kinder liegt sowohl für Jungen als auch Mädchen bei weit über 80 Jahren, wobei Frauen im Schnitt weiterhin älter werden als Männer (Abbildung 2)

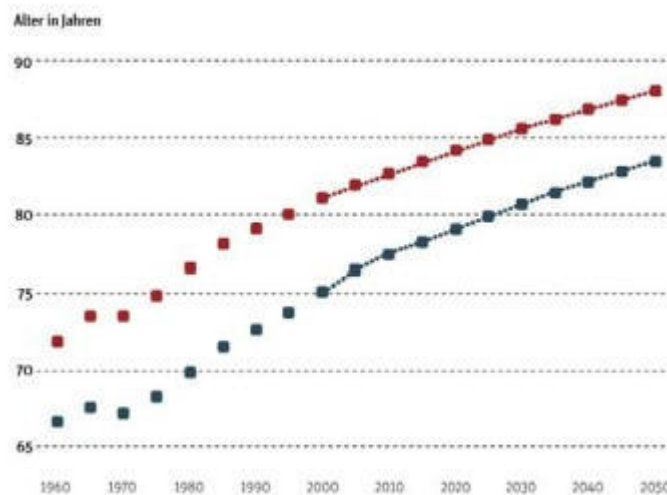


Abbildung 2: Durchschnittliche Lebenserwartung von heute geborenen Mädchen (rot) und Jungen (blau)

Quelle: (Sütterlin, 2008)

- Die Verbesserung von Arbeitsbedingungen führte zu einer Reduktion von Arbeitsunfällen und zu einer weiteren Verringerung vorzeitiger Sterbefälle
- Der zweite Weltkrieg führte zu einer „Delle“ in den mittleren Altersgruppen
- Anfang bis Mitte der 1950er bis 1960er war ein plötzlicher und deutlicher Anstieg der Geburtenrate zu beobachten, der im Allgemeinen als „Baby-Boom“ bezeichnet wird.
- Den Baby-Boom-Jahren folgte ab Mitte der 60er Jahre der dem entgegengesetzt wirkende „Pillenknicke“ in der Bevölkerung. Die ab diesem Zeitpunkt verfügbaren sicheren und einfach einzusetzenden Verhütungsmittel führten zu einer deutlichen Verringerung der Geburtenrate.

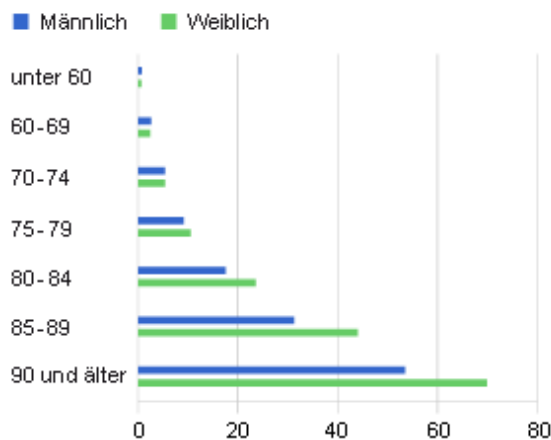
Diese Gesamtentwicklung führte zunächst zu einer Verbreiterung der Alterspyramide, deren Angehörige als Erwerbstätige heute einen Großteil der Bevölkerung darstellen, ohne dass ähnlich hohe Geburtenraten folgten. Diese

heute stark überrepräsentierte Mitte der Bevölkerungssäule wird in absehbarer Zukunft den Kopf dieser Säule darstellen. Dies hat weitreichende Folgen für die Versorgungssituation älterer Menschen, da der Anteil älterer und alter Menschen immer mehr zunimmt, während der Anteil der Bevölkerung in einem erwerbsfähigen Alter im Verhältnis dazu fortschreitend abnimmt.

Mit zunehmendem Alter nimmt aber auch der Anteil derjenigen Menschen zu, die pflegebedürftig sind (Abbildung 3). Entsprechend steigt bei einer alternden Gesellschaft die Notwendigkeit, eine immer größer werdende Gruppe von Menschen adäquat pflegerisch zu versorgen. Im Jahr 2015 gab es in Deutschland ca. 2.9 Millionen Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit. Dies stellte einen Zuwachs alleine im Vergleich zum Jahr 2013 von 9% dar ("Publikation - Gesundheit - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - Statistisches Bundesamt (Destatis)," 2017).

Pflegequote nach Altersgruppen 2015

Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in %



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017

Abbildung 3: Pflegequote nach Altersgruppen 2015

Quelle: ("Staat & Gesellschaft - Pflege - Statistisches Bundesamt (Destatis)," 2017)

2.2 Physiologische Alterung

Es ist eine Binsenweisheit, dass die Alterung unweigerlich voranschreitet und dies nicht vermeidbar ist. Wir alle sehen tagtäglich im Umgang mit unseren

Patienten, Mitmenschen, den eigenen Eltern und, über einen längeren Zeitraum hinweg, auch uns selbst, wie sich die Alterung auf verschiedenen Ebenen des Lebens auswirkt.

Die wichtigsten Merkmale der Alterung sind:

- Veränderung äußerer Merkmale wie Faltenbildung, Ergrauen der Haare, Verringerung der Kopfbehaarung, Altersflecken auf der Haut und viele andere weitere Merkmale
- Verringerung der Leistungsfähigkeit
 - Abnahme der Kraft
 - Abnahme der Schnelligkeit
 - Abnahme der Hör- und Sehfähigkeit
 - Abnahme des Gleichgewichtssinns
 - Abnahme der Feinmotorik
 - Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit

Diese Aufzählung von Veränderungen stellt jedoch an sich noch keinen krankhaften Prozess dar, sondern reflektiert zunächst einmal lediglich physiologische Prozesse, die mit zunehmendem Alter stattfinden. Für die Ursachen besonders der zellphysiologischen Alterungsprozesse werden verschiedene Theorien diskutiert. An dieser Stelle sollen drei dieser Theorien näher betrachtet werden.

2.2.1 Telomer-Theorie

Die *Telomer-Theorie* versucht, den Alterungsprozess mittels körpereigener Vorgänge zu erklären. Telomere sind, vereinfacht gesprochen, Endstücke der DNA, die selber keine Erbinformationen tragen. Diese Telomerstränge dienen im Wesentlichen dem Schutz der Erbinformationen während einer Zellteilung. Während dieser wird der DNA-Strang der Zelle erst verdoppelt, bevor sich die Zelle teilt. Dabei wird das Telomerende der DNA-Sequenz der Zelle ein Stück verkürzt. Im Laufe des Lebens „verbraucht“ sich entsprechend die Telomerlänge und dies führt mit zunehmendem Alter dazu, dass informationstragende Teile der DNA abgeschnitten werden. Durch diesen Vorgang wird dieser Theorie zufolge der Alterungsprozess vorangetrieben.

Während der hier beschriebene Vorgang wissenschaftlich bewiesen ist, erklärt er den physiologischen Alterungsprozess dennoch nur zum Teil. Denn ebenso wie die Verkürzung der Telomerstränge lassen sich auch andere Enzyme nachweisen, die in der Lage sind, Telomerstränge wieder zu verlängern. Je-

doch ist aktuell noch zu wenig darüber bekannt, wann und warum dies geschieht. Kleinere Studien konnten jedoch nachweisen, dass auch hier positive Änderungen des Lebensstils zu einer Verlängerung der Telomere führen können (Ornish et al., 2013). Unklar ist jedoch, ob dies tatsächlich und auch kausal zu einem längeren Leben führt.



Weiterführende Literatur zur Telomer-Theorie:

Wagener C. et al. (2010) Molekulare Onkologie. Kapitel 5.8 Telomere und Telomerase. DOI: 10.1055/b-0034-10540

2.2.2 Freie-Radikale-Theorie

Im Gegensatz zur Telomer-Theorie sieht die Theorie der freien Radikalen den entscheidenden Einflussfaktor für die zu beobachtenden Alterungsprozesse vor allem in der Außenwelt.

Freie Radikale sind sehr reaktive Moleküle, die sowohl durch endogene Prozesse, beispielsweise während der Energiegewinnung in den Zellen des Körpers als auch in der Außenwelt entstehen können. Diese reaktiven Moleküle gehen „unerwünschte“ Bindungen mit anderen, körpereigenen Molekülen ein und führen so zu Schäden und zufälligen Änderungen des Zellaufbaus sowie der DNA im Körper. Im Laufe der Zeit häufen sich diese Schäden an und führen zu dauerhaften Veränderungen und schließlich zur Alterung der Zellen.

2.2.3 Antagonistische Pleiotropie

Die antagonistische Pleiotropie geht, wiederum vereinfacht ausgedrückt, davon aus, dass bestimmte Eigenschaften und Expressionen von Genen im Jugendalter einen evolutionären Vorteil mit sich bringen, der aber im weiteren Verlauf des Lebens zu einem Nachteil wird. Aus diesem Grund können sich diese selektiven Vorteile durchsetzen, während sich die Nachteile dieser Expression nicht im Evolutionsprozess negativ auswirken, sondern stattdessen „lediglich“ das Leben begrenzen (Williams, 1957).

Als klassisches Beispiel wird in diesem Modell häufig die Produktion von Sexualhormonen angeführt. Eine hohe Produktion dieser Hormone geht in der

Jugend mit einer erhöhten Libido und dadurch mit einer erhöhten Reproduktionsrate einher. Im höheren Alter führen diese Hormone jedoch auch mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zu einer Ausprägung bestimmter Tumore.

2.2.4 Zusammenfassung der Alterungstheorien

Die hier beschriebenen Theorien haben gemeinsam, dass sie jeweils von Schädigungsmechanismen bzw. negativen Wirkungen innerhalb der DNA-Struktur eines Organismus ausgehen. Auch wenn keine dieser Theorien wirklich endgültig bewiesen ist, sprechen jeweils viele wissenschaftliche Indizien für ihre Korrektheit. Mehr noch gibt es auch Hinweise darauf, dass diese Theorien gleichzeitig wirken und somit nicht eine dieser Theorien für die Alterung von Zellen verantwortlich ist, sondern diese Alterung durch viele gleichzeitig auftretende Phänomene verursacht wird.

Darüber hinaus existiert eine Vielzahl weiterer Alterungstheorien, unter anderem beispielsweise die [Mutations-Akkumulations-Theorie](#) oder die „[Disposable Soma Theory of Aging](#)“, die hier nicht weiter besprochen werden sollen. Interessanterweise können diese Theorien jedoch nicht alle beobachtbaren Phänomene des Alterns erklären und auch nicht, warum bestimmte Alterungsprozesse beispielsweise zwischen Männern und Frauen ungleich große Auswirkungen haben (Blagosklonny, 2010).

2.3 Wahrnehmung des Alterns / Alternskonzepte

Während es unzweifelhaft ist, dass wir älter werden und unser Leben in jedem Fall begrenzt ist, bestehen nicht nur verschiedene Theorien dafür, warum wir altern, sondern auch dazu, wie der Alterungsprozess subjektiv wahrgenommen wird und wir Menschen auf diesen Prozess reagieren. Die drei gängigsten und umfassendsten Theorien zur Wahrnehmung des Alterns sind die Disengagement-Theorie, die Aktivitäts-Theorie und die Kontinuitätstheorie.

Diese Konzepte sind selbstverständlich sehr erheblich durch den sozialen und gesellschaftlichen Kontext beeinflusst sowie durch die ganz unmittelbaren erlebten sozialen Folgen des Alterns (siehe Kapitel 2.4).

2.3.1 Disengagement-Theorie

Die Basis der Disengagement-Theorie stellt die Idee dar, dass der Alterungsprozess natürlicherweise mit einem Rückzug von Aktivitäten, sozialer Partizipation und persönlichen Kontakten einhergeht. Diese Theorie wurde im Jahr 1961 von Cumming und Henry (Cumming & Henry, 1961) entwickelt und postuliert 9 Thesen zur Begründung des von Ihnen beobachteten Prozess:

1. Jeder Mensch erwartet den irgendwann kommenden Tod und die individuellen Fähigkeiten jedes Menschen lassen im Laufe des Alterungsprozesses nach. Dies führt dazu, dass sich soziale Bindungen im Verlauf des Alterns verlieren.
2. Die Interaktion zwischen Individuen stärken Normen, auf denen die Interaktion besteht. Eine verringerte Variabilität solcher Interaktionen führt zu einer größeren Freiheit von den sich daraus ergebenden Normen. Dadurch entsteht ein sich verstärkender Kreislauf aus weniger sozialer Interaktion und weiterem Rückzug.
3. Aufgrund der unterschiedlichen sozialen Rollen von Männern und Frauen¹ verläuft der Prozess des Disengagements auch unterschiedlich.
4. Im Verlauf des Lebens ändert sich die Selbstwahrnehmung (Ego). Beispielsweise führt das Altern zu einer Abnahme von Fähigkeiten und Wissen. Ein erfolgreiches Leben in Industrienationen verlangt aber einen gewissen Grad sowohl von Fertigkeiten als auch Wissen. Um dem gerecht zu werden, erlangen jüngere Menschen den verlangten Kompetenzgrad in ihrem Bereich und übernehmen die Führerschaft, während sich ältere Menschen zurückziehen, bevor sie ihre Fertigkeiten vollständig verlieren. Der Grad des Zurückziehens wird bestimmt durch das Individuum, seine veränderte Selbstwahrnehmung sowie die durch eine Organisation bestimmten Anforderungen.
5. Wenn sowohl das Individuum als auch die Gesellschaft für diesen Zurückzug bereit sind, erfolgt dieser komplett. Sind beide Seiten nicht dazu bereit, resultiert daraus ein anhaltendes Einbinden und Engagement des (älteren) Individuums. Ist das Individuum zum Zurückzug bereit, die Gesellschaft jedoch nicht, erfolgt eine Trennung der Erwartungen an beide Seiten. Trotzdem wird in diesem Fall das gegenseitige Engagement normalerweise fortgesetzt. Ist hingegen die Gesellschaft zum Zurückzug des Individuums bereit, das Individuum selber jedoch nicht, resultiert dies in einem Rückzug.

¹ In der Originalpublikation bezieht sich diese These ausdrücklich auf die sozialen Rollen in den USA. In den sich nach der Publikation der Disengagement-Theorie ergebenden Diskursen wurde diese These jedoch häufig auch auf andere Gesellschaften übertragen.

6. Die zentrale Rolle des Mannes ist die Arbeit während die zentrale Rolle der Frau Heirat und Familie ist². Verliert ein Individuum seine zentrale Rolle in der Gesellschaft, geht dies mit einem Verlust an sozialem Lebensraum einher und führt zu Krisen und Motivationsverlust bis das Individuum eine neue Rolle annimmt, die durch den Status des Disengagements vorgegeben ist.
7. Die Bereitschaft zum gesellschaftlichen Rückzug, wenn sich ein Individuum der Begrenztheit seines Lebens sowie der Knappheit an Zeit bewusst wird. Dies führt zu einer Wahrnehmung des Verlustes an Lebensraum (im Sinne der sozialen Rolle und Interaktion) und das Individuum verliert an persönlicher Energie. Die Gesellschaft hingegen erlaubt den fortschreitenden Rückzug des Individuums aufgrund der Möglichkeiten der Gestaltung insbesondere der Arbeitswelt in einer Überflussgesellschaft, der Natur der Kernfamilie sowie der unterschiedlichen Sterberaten.
8. Eine verringerte Anzahl von Interaktionen und der Rückzug von den zentralen Rollen eines Individuums führt zur einer Veränderung der verbleibenden Beziehungen. Belohnungen aus diesen Beziehungen werden diversifiziert und eine vertikale (hierarchische) Solidarität wird transformiert in eine horizontale Solidarität.
9. Die Disengagement-Theorie ist unabhängig von der Kultur der darin lebenden Individuen, die Form und Gestaltung des Rückzugs wird jedoch durch die Kultur beeinflusst.

2.3.2 Aktivitäts-Theorie

Die Aktivitäts-Theorie beschäftigt sich, im Gegensatz zur Disengagement-Theorie, mit den für einen erfolgreichen Alterungsprozess notwendigen Voraussetzungen. Sie wurde 1961 von RJ Havighurst (Havighurst, 1961) als direkte Antwort auf die kurz zuvor veröffentlichte Disengagement-Theorie formuliert.

Die Aktivitätstheorie geht davon aus, dass älter werdende Menschen dann am glücklichsten sind, wenn sie aktiv bleiben können und ihre sozialen Interaktionen aufrechterhalten können. Werden solche Aktivitäten als sinnhaft empfunden, helfen Sie dabei, ältere und eventuell verloren gegangene Rollen zu ersetzen, dadurch können ältere Menschen dem sozialen Druck, der ihnen im Alter entgegen gebracht wird, widerstehen. Entsprechend geht die Aktivitäts-

² Diese Aussage wirkt heute selbstverständlich sehr unangemessen, wurde aber Anfang der 60er Jahre in den USA aber tatsächlich so formuliert, nicht nur von den Autoren der Disengagement-Theorie.

Theorie von einem direkten Zusammenhang zwischen einem aktiven Lebenswandel und einer hohen Lebensqualität aus. Die Aufgabe eines älteren Menschen ist es also, das soziale und persönliche Gefüge, welches er in seinem mittleren Lebensabschnitt aufgebaut hat, aufrecht zu erhalten. Dabei können (und sollen) alte und nicht mehr erfüllbare Rollen durch neue, alternative Rollen ersetzt werden.

Hier ein sehr anschaulicher Bericht der BBC, der als gutes Beispiel für die Aktivitäts-Theorie dienen kann:

Bericht: http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/power_to_the_people/6615695.stm

Youtube-Video: <https://www.youtube.com/watch?v=zqfFrCUrEbY> (3:41)

2.3.3 Kontinuitätstheorie

Die Kontinuitätstheorie besagt, dass älter werdende Menschen im Normalfall ihre alten Angewohnheiten, sozialen Kontakte und Aktivitäten beibehalten. Die Theorie beschreibt dabei interne und externe Strukturen, mit deren Hilfe die Kontinuität solcher Faktoren im Alter gewahrt werden kann und mit deren Hilfe sich Menschen an die jeweiligen Gegebenheiten und Umstände in ihrem Leben anpassen können.

Zu den internen Strukturen gehören die Persönlichkeit eines Menschen, seine Ideen und Ideale sowie seine Glaubensgrundsätze. Dabei ist der letzte Punkt auch, aber nicht ausschließlich auf religiöse oder spirituelle Themen begrenzt, sondern umfasst beispielsweise auch die Selbstwirksamkeitserwartung oder das von Aaron Antonovsky formulierte Kohärenzgefühl (Antonovski, 1997).

Diese werden als relativ konstant über das gesamte Leben angesehen, auch wenn natürlich Änderungen dieser Strukturen grundsätzlich denkbar sind. Diese internen Strukturen beeinflussen jeden Entscheidungsprozess eines Menschen, indem sie ihn mit verlässlichen Erfahrungen aus der Vergangenheit ausstatten.

Externe Faktoren sind im Vergleich dazu beispielsweise die sozialen Kontakte oder Rollen, über die ein Mensch verfügt. Diese Faktoren unterstützen die Stabilität der internen Strukturen.





Ein sehr schönes, allerdings englischsprachiges Video zur Kontinuitätstheorie.

Youtube-Video: https://www.youtube.com/watch?v=45NZ_rpoL8 (5:19)

2.4 Soziale Folgen des Alterns

Mit dem Ende des zweiten Weltkriegs hat sich die Situation und soziale Rolle des älter werdenden Menschen deutlich verändert, und dies gleich in mehrfacher Hinsicht.

Zum einen ist zu beobachten, dass die Lebenserwartung kontinuierlich steigt (Abbildung 4). In Deutschland betrug nach Angaben des statistischen Bundesamts die fernere Lebenserwartung eines 65-jährigen Mannes in den Jahren 2009/2011 mehr als 17 Jahre, bei einer 65-jährigen Frau sogar noch rund 21 Jahre ("Staat & Gesellschaft - Sterbefälle - Sterbetafeln und Lebenserwartung - Statistisches Bundesamt (Destatis)," 2018).

Durchschnittliche Lebenserwartung (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter																
Sterbetafel Deutschland Durchschnittliche Lebenserwartung [e(x)] (Jahre)																
Geschlecht Vollendetes Alter	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
männlich																
0 Jahre	75,11	75,38	75,59	75,89	76,21	76,64	76,89	77,17	77,33	77,51	77,72	77,72	77,90	78,13	78,18	78,31
20 Jahre	55,83	56,06	56,27	56,55	56,85	57,24	57,49	57,74	57,90	58,05	58,25	58,24	58,41	58,61	58,66	58,79
40 Jahre	36,75	36,94	37,12	37,37	37,63	37,98	38,20	38,44	38,59	38,73	38,93	38,92	39,06	39,24	39,29	39,42
60 Jahre	19,51	19,68	19,84	20,05	20,27	20,58	20,75	20,93	21,04	21,16	21,31	21,28	21,38	21,51	21,52	21,62
65 Jahre	15,79	15,93	16,07	16,26	16,47	16,77	16,93	17,11	17,22	17,33	17,48	17,46	17,55	17,69	17,71	17,81
80 Jahre	7,12	7,09	7,14	7,24	7,35	7,51	7,56	7,65	7,67	7,71	7,77	7,68	7,70	7,79	7,81	7,91
weiblich																
0 Jahre	81,07	81,22	81,34	81,55	81,78	82,08	82,25	82,40	82,53	82,59	82,73	82,80	82,88	83,05	83,06	83,20
20 Jahre	61,62	61,76	61,87	62,07	62,28	62,56	62,72	62,85	62,97	63,03	63,16	63,22	63,29	63,45	63,46	63,61
40 Jahre	42,06	42,19	42,28	42,46	42,66	42,92	43,08	43,20	43,32	43,37	43,50	43,57	43,63	43,77	43,79	43,93
60 Jahre	23,72	23,84	23,92	24,08	24,25	24,49	24,61	24,71	24,81	24,85	24,96	25,03	25,07	25,19	25,19	25,32
65 Jahre	19,44	19,55	19,61	19,77	19,94	20,18	20,31	20,41	20,52	20,56	20,68	20,74	20,79	20,90	20,90	21,03
80 Jahre	8,57	8,58	8,57	8,64	8,72	8,87	8,92	8,97	9,04	9,06	9,13	9,17	9,20	9,29	9,30	9,43

Die Sterbetafel für das Jahr t (z.B. 2010) bezieht sich auf den Zeitraum t-1/t+1 (z.B. 2009/2011).

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018 | Stand: 25.05.2018 / 12:06:49

Abbildung 4: Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland (2000-2015)

Quelle: ("Staat & Gesellschaft - Sterbefälle - Sterbetafeln und Lebenserwartung - Statistisches Bundesamt (Destatis)," 2018)

Während diese Entwicklung für die davon profitierenden Individuen zunächst einmal größtenteils positiv bewertet wird, ergeben sich daraus aus gesellschaftlicher Sicht eine Vielzahl von Herausforderungen. Sie ist die bereits beschriebene Veränderung der Alterspyramide durch die gleichzeitig anwachsende Lebenserwartung älterer Menschen und der sinkenden Geburtenrate deswegen so problematisch, da diese mit einer Verschiebung des Anteils der gesellschaftlichen Leistungserbringer einhergeht. Anders ausgedrückt: Es wird in der Zukunft immer weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter geben, während gleichzeitig die Anzahl derjenigen steigt, die diese Lebensphase bereits beendet haben und durch Rentenzahlungen, Gesundheits- und Pflegekosten die entsprechenden Sozialsysteme zunehmend belasten (auch wenn der Anspruch auf diese Systeme selbstverständlich gerechtfertigt ist).

Menschen werden jedoch nicht nur immer älter, sondern bleiben auch immer länger gesund. Dies gilt jedoch (leider) nicht für alle älteren Menschen; so lassen sich mit zunehmendem Alter immer größere Unterschiede zwischen gesund gebliebenen Menschen und denjenigen, die immer mehr mit den Folgen des Alterns und den damit einhergehenden Einschränkungen und Erkrankungen zu kämpfen haben. Hierzu gibt es mehrere Erklärungen und Theorien.

Schätzungen des European Health & Life Expectancy Information Systems (EHLEIS) gehen davon aus, dass 65-Jährige in Deutschland im Jahre 2010 hiervon etwa 7 Jahre in guter Gesundheit erwarten können (Robine & Cambois, 2013). Dabei sind jedoch große Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen zu beobachten, abhängig vor allem von Aktivitätslimitationen, dem Vorhandensein von chronischen Erkrankungen und dem subjektiven Gesundheitszustand. Neben diesen Faktoren spielen aber zusätzlich auch noch sozioökonomische Faktoren eine große Rolle (Fouweather et al., 2015). Dazu zählen unter anderem das Bruttoinlandsprodukt eines Landes sowie die Einkommensunterschiede zwischen den oberen und unteren Einkommensgruppen, aber auch das Armutsrisiko, die Bildung sowie die Befähigung bzw. die Chance zum lebenslangen Lernen. Auf der Mikroebene betrachtet haben in Deutschland Menschen mit einem geringeren sozioökonomischen Status eine um 8 bis 11 Jahre geringere Lebenserwartung als Menschen mit einem hohen sozioöko-

nomischen Status (Robert Koch-Institut, 2015). Auch ist die Auftretenswahrscheinlichkeit verschiedener altersassoziierter Erkrankungen (siehe Kapitel 3.1) bei Gruppen mit einem geringen sozialen Status erhöht.

Während diese Faktoren eindeutig den ökonomischen Einfluss auf den Alterungsprozess aufzeigen, wäre es zu einfach, die sozioökonomische Debatte darauf zu beschränken, da sich auch innerhalb verschiedener Einkommensgruppen eine deutliche Streuung hinsichtlich der zu beobachtenden Gesundheit zu beobachten ist. Stattdessen muss davon ausgegangen werden, dass der sozioökonomische Kontext, in dem Menschen leben, einen Einfluss auf vielerlei gesundheitsrelevante Faktoren hat.

Dies alles zeigt die komplexen Einflussfaktoren auf den Alterungsprozess bzw. die Chancen älterer Menschen, gesund zu altern. Aus Sicht der Gesundheitsberufe ist es aber sicherlich (ohne die anderen identifizierten Faktoren damit herabwürdigen zu wollen) von besonderem Interesse, an den Stellen ansetzen zu können, die im Einflussbereich ihres Tuns liegen, nämlich der Steigerung oder Bewahrung der Alltagsaktivität, einem allgemein gesunden Lebenswandel und einer hohen Gesundheitskompetenz. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass das Vorhandensein dieser beeinflussbaren Faktoren im jungen und mittleren Alter einen hohen Einfluss auf die Altersgestaltung und damit auch den allgemeinen Gesundheitszustand im höheren Alter hat.



Aufgabe 1:

Beschreiben Sie mit Hilfe eines **Plotagons** eine (hypothetische) Biografie eines älteren Menschen, in dem sich Aspekte der drei bearbeiteten Alterungstheorien sowie die sozialen Folgen des Alterns wiederfinden. Zeigen Sie in Verlauf des Plotagons die altersbedingten Veränderungen der von Ihnen präsentierten Person auf und legen auch dar, wie sich diese Veränderung auswirkt.

CAVE:

Nicht jede von jüngeren Menschen als negativ empfundene Änderung des Alltags oder des sozialen Lebens werden von den Betroffenen selbst auch als negativ empfunden. Sehr wohl aber kann eine als positiv oder zumindest indifferent empfundene Änderung im Alter objektifizierbare negative Folgen haben, z.B. eine geringere körperliche Aktivität. Stellen Sie also auch solche Folgen für die Person dar.

Arbeiten Sie hierfür in Gruppen von nicht mehr als 5 Studierenden zusammen. Der Plotagon sollte nicht länger als 10-15 Minuten lang sein.

Vertiefende Literatur zu diesem Thema:

Kade, Sylvia. Altern und Bildung: Eine Einführung. 2. Aufl. Bielefeld: wbv Media, 2009.

Knesebeck, Olaf dem von, und Ingmar Schafer. „Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter“. In Gesundheitliche Ungleichheit, 241–53. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90357-6_14.

Renteln-Kruse, Wolfgang. Medizin des Alterns und des alten Menschen. Steinkopff, 2004.

3. Geriatrische Patient_innen

3.1 Altersassoziierte Erkrankungen

Nachdem im ersten Teil dieses Moduls zunächst einmal besprochen wurde, wie Alterung zustande kommt und welche Auswirkungen das Altern auf die „Betroffenen“ hat, soll in den kommenden Kapiteln erarbeitet werden, was ältere bzw. alte Menschen von geriatrischen Patient_innen unterscheidet. Dabei spielen die ebenfalls erörterten Unterschiede im Altersprozess sowohl auf der biologischen als auch der Verhaltens- und sozialen Ebene eine große Rolle. Der nun folgende Teil soll sich mit den Konsequenzen dieser unterschiedlichen Alterungsprozesse beschäftigen. Hier ist natürlich aus Sicht der Gesundheitsversorgung besonders interessant, wie sich solche Alterungsverläufe äußern, die zu Einschränkungen und Krankheit führen und somit zu dem, was wir unter dem bzw. der „geriatrischen Patient_in“ verstehen. Dabei stehen zunächst einmal die Inzidenz und Prävalenz, die Risikofaktoren sowie die Folgen typischer altersassoziiierter Erkrankungen im Mittelpunkt, bevor die Möglichkeiten der Behandlung und Rehabilitation dieser Erkrankungen besprochen werden sollen.



Ältere Menschen leiden unter einer Reihe von Krankheiten, die in höheren Altersgruppen besonders häufig anzutreffen sind und die entsprechend auch häufig als altersassoziierte Erkrankungen bezeichnet werden. Insgesamt werden Menschen mit zunehmendem Alter jedoch auch im Allgemeinen häufiger krank oder zeigen gesundheitliche Probleme (Abbildung 5).

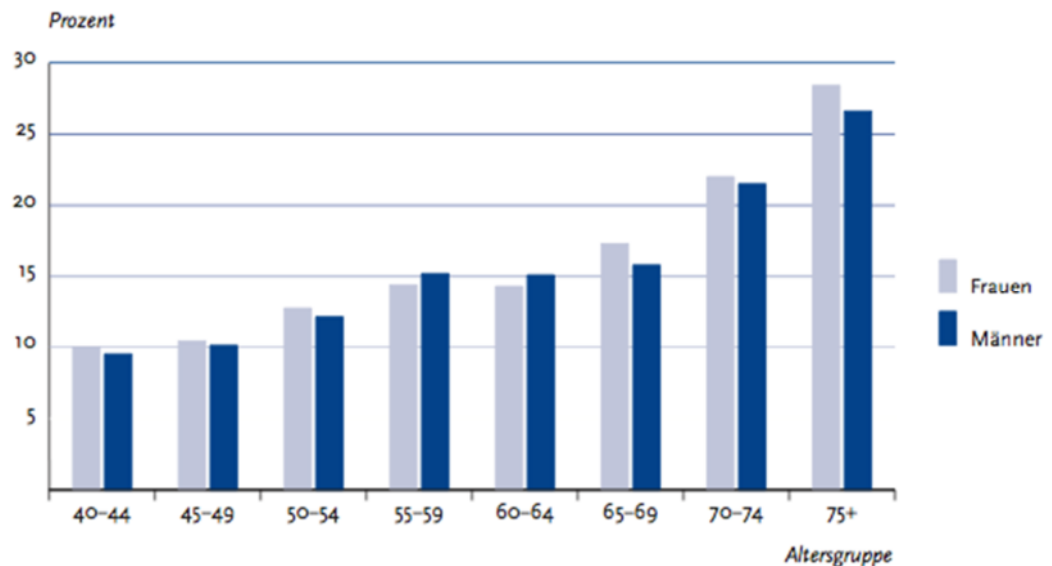


Abbildung 5: Prozentueller Anteil erkrankter und unfallverletzter Personen in den letzten 4 Wochen, sortiert nach Alter und Geschlecht (2005)

Quelle: (Böhm, Tesch-Römer, & Ziese, 2009)

Schaut man genauer in die jeweiligen Versorgungssektoren, zeigen sich zwar Unterschiede in der Häufigkeit der zu behandelnden Erkrankungen, aber auch einige wichtige Gemeinsamkeiten, deren Gründe zu diskutieren sind.

In einer Analyse von Krankenkassendaten der Gmündner Ersatzkasse (GEK) konnten auf Basis der Auswertung von mehr als 38 Millionen Behandlungsfällen aus den Jahren 2004 bis 2007 die 10 häufigsten Gründe für eine ambulante Behandlung ermittelt werden. Hier zeigten sich die Hypertonie (Bluthochdruck) in allen Alters- und Geschlechtsgruppen sowie die Fettstoffwechselstörungen und nahezu allen Gruppen als die beiden führenden Gründe für Behandlungen im ambulanten Sektor (Tabelle 1). Die Diagnoserate dieser Erkrankungen, also der Anteil der untersuchten Bevölkerung bei der mindestens einmal im Kalenderjahr eine bestimmte Diagnose gestellt wird, liegt damit für

die essentielle Hypertonie bei über 60%, für die Diagnose der Fettstoffwechselstörungen bei 45% (Böhm et al., 2009).

Tabelle 1: Die 10 häufigsten Gründe für eine ambulante Behandlung bei älteren in der GEK versicherten Menschen ab 65 Jahren

Rang	Männer		Frauen	
	65- <80 Jahre	80 + Jahre	65- <80 Jahre	80 + Jahre
1	Essentielle Hypertonie	Essentielle Hypertonie	Essentielle Hypertonie	Essentielle Hypertonie
2	Fettstoffwechselstörung	Prostatahyperplasie	Fettstoffwechselstörung	Fettstoffwechselstörung
3	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (Kurz- und Weitsichtigkeit)	Chronische ischämische Herzkrankheit	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (Kurz- und Weitsichtigkeit)	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (Kurz- und Weitsichtigkeit)
4	Prostatahyperplasie	Fettstoffwechselstörung	Rückenschmerzen	Impfung gegen Viruskrankheiten
5	Rückenschmerzen	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (Kurz- und Weitsichtigkeit)	Krebsvorsorgeuntersuchung	Rückenschmerzen
6	Impfung gegen Viruskrankheiten	Impfung gegen Viruskrankheiten	Impfung gegen Viruskrankheiten	Chronische ischämische Herzkrankheit
7	Chronische ischämische Herzkrankheit	Rückenschmerzen	Klimakterische Störungen	Herzinsuffizienz
8	Diabetes mellitus	Sonstige Kataraktformen (Grauer Star)	Arthrose des Kniegelenks	Osteoporose
9	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (Gicht u.a.)	Diabetes mellitus	Varizen der unteren Extremitäten (Krampfadern)	Gonarthritis
10	Krebsvorsorgeuntersuchung	Herzinsuffizienz	Sonstige nichttoxische Struma (Schilddrüsenvergrößerung)	Sonstige Kataraktformen (Grauer Star)

Quelle: (Nowossadeck & Nowossadeck, 2011)

Letzte Aktualisierung: Version 0.95 vom 28.01.2019, Bearbeiter/in: Jörn Kiselev

Betrachtet man im weiteren Verlauf die häufigsten Gründe für eine Krankenhausbehandlung von älteren Menschen, findet man vorwiegend Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems als weitere Folge der essentiellen Hypertonie (Tabelle 2).

Tabelle 2: Die 10 häufigsten Gründe für eine Krankenhausbehandlung bei älteren Menschen (2009)

Rang	Männer	Frauen
1	Ischämische Herzkrankheiten	Arthrose
2	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz
3	zerebrovaskuläre Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten
4	Kardiale Arrhythmien (Herzrhythmusstörungen)	Zerebrovaskuläre Krankheiten
5	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Sonstige Krankheiten des Darmes
6	Grippe und Pneumonie	Hochdruckkrankheit
7	Arthrose	Kardiale Arrhythmien
8	Sonstige Krankheiten des Darmes	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (Oberschenkelknochenbruch)
9	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
10	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	Krankheiten des Ösophagus (Speiseröhre), des Magens und des Duodenums (Zwölffingerdarm)

Quelle: (Nowossadeck & Nowossadeck, 2011)

Dies zeigt die immense Relevanz dieser Erkrankungsgruppe, wie sich auch an den Herzinfarkttraten sowie den hierzu gehörigen Risikofaktoren ergibt. Wie in Abbildung 6 zu sehen ist, steigt das Herzinfarkttrisiko (Morbidity) mit zunehmendem Alter, aber auch das Risiko, an einem Herzinfarkt zu versterben (Mortality). Dabei muss davon ausgegangen werden, dass aufgrund der anwendbaren Erhebungsmethoden beide Zahlen das Gesamtrisiko eher unterschätzen.

Altersgruppe	Frauen			Männer		
	Morbidität*	Mortalität**	Letalität***	Morbidität*	Mortalität**	Letalität***
25–29 Jahre	1,8	1,8	100,0%	1,8	0,0	–
30–34 Jahre	1,4	0,0	–	23,5	11,1	47,2%
35–39 Jahre	4,9	1,2	24,5%	43,8	13,8	31,5%
40–44 Jahre	22,8	6,7	29,4%	120,7	26,7	22,1%
45–49 Jahre	39,5	7,9	20,0%	202,2	51,3	25,4%
50–54 Jahre	95,1	25,5	26,8%	392,0	102,8	26,2%
55–59 Jahre	143,2	54,2	37,8%	527,9	149,7	28,4%
60–64 Jahre	201,3	59,1	29,4%	741,0	312,7	42,2%
65–69 Jahre	349,8	135,6	38,8%	987,9	444,4	45,0%
70–74 Jahre	669,6	363,8	54,3%	1.637,8	889,3	54,3%
altersst. Rate	109	43	39,4%	356	141	39,6%
95% KI ⁵	(101–117)	(39–48)		(341–371)	(132–151)	

* alle Herzinfarktereignisse

** tödlich verlaufene Herzinfarktereignisse

*** Verhältnis der Rate der tödlich verlaufene Herzinfarktereignisse (Mortalität) durch die Rate aller Herzinfarktereignisse (Morbidität) x 100

⁵ KI: Abkürzung für Konfidenzintervall, statistischer Vertrauensbereich

Abbildung 6: Morbidität, Mortalität und Letalität von Herzinfarkten aus dem MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg 2001–2003

Quelle: (Löwel & Hörmann, 2006)

Aus diesen Zahlen lässt sich ablesen, dass der Herzinfarkt eine Krankheit des höheren Lebensalters ist und somit auch Bestandteil des geriatrischen Gesamtbildes ist. Betrachtet man noch dazu die identifizierten Risikofaktoren, die bei Patient_innen mit einem Herzinfarkt diagnostiziert werden konnten (Abbildung 7), so zeigen sich hier neben der Fettstoffwechselstörung als zweithäufigster Behandlungsgrund im ambulanten Sektor auch noch der Diabetes Mellitus, der sich ebenfalls unter den „Top 10“ befindet. Während der grundsätzliche Verlauf von der Anhäufung von Risikofaktoren hin zum eigentlichen Krankheitsereignis nicht nur für den Herzinfarkt schon lange bekannt ist, lässt sich dieser Weg anhand der hier gezeigten Statistiken sehr gut auch auf der Bevölkerungsebene nachvollziehen.

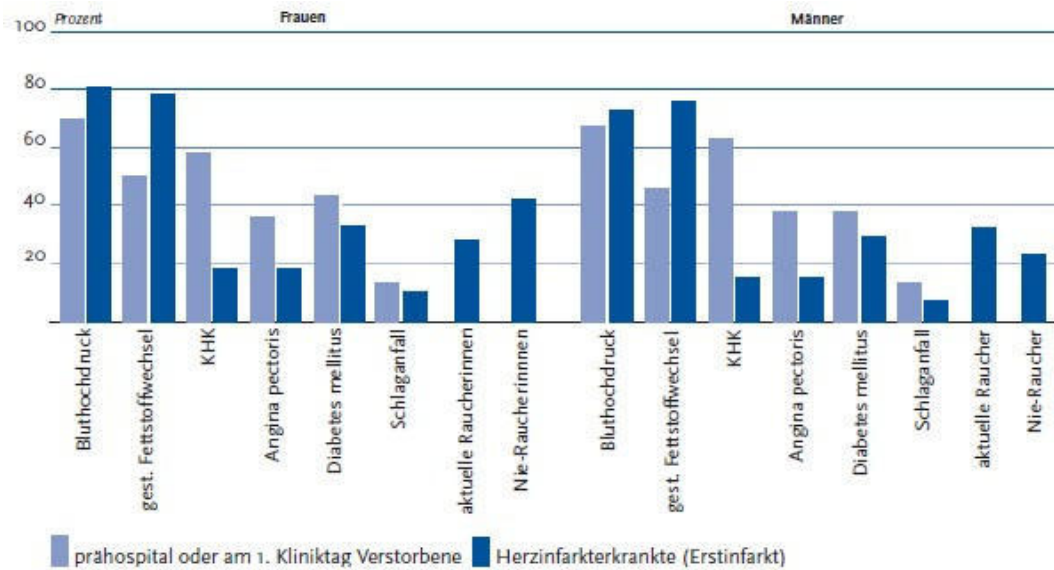


Abbildung 7: vorhandene Risikofaktoren bei Herzinfarktpatienten

Quelle: (Löwel & Hörmann, 2006)



Die hier dargelegte Relevanz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist nur ein Beispiel für die im ambulanten Bereich zu beobachtenden Diagnosen von Risikofaktoren, die schlussendlich in einem schwerwiegenden Ereignis münden, das zu einer chronischen Erkrankung oder sogar zum Tod führt. Ähnliche Mechanismen existieren aber auch für andere Krankheitsbilder und deren Risikofaktoren.

Aufgabe 2:

Recherchieren Sie für eine chronische, altersassoziierte Erkrankung ihrer Wahl die relevanten Risikofaktoren und erarbeiten Sie deren Prävalenz sowie die Prävalenz der eigentlichen chronischen Erkrankung. Zeigen Sie mögliche Ansatzpunkte zur Vermeidung oder Therapie dieser Risikofaktoren aus Sicht der in diesem Studiengang vertretenen Berufsgruppen auf.

Führen Sie diese Aufgabe in Kleingruppen von nicht mehr als 4 Personen durch.

Tipp: Wählen Sie kein allzu „exotisches“ Krankheitsbild aus, sondern arbeiten Sie gerne mit den häufig vertretenen Erkrankungen des Alters. Gut zu erarbeitende Felder sind der Diabetes Mellitus, Arthrose, Tumorerkrankungen, Osteoporose und ähnliches.

3.2 Co- und Multimorbidität

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, ist eines der wesentlichen Merkmale von geriatrischen Patienten, dass sie nicht nur an einer einzelnen Krankheit leiden, sondern gleichzeitig mehrere, zumeist chronische, Erkrankungen aufweisen, die sich häufig gegenseitig bedingen oder bei der die Ausprägungen der einen Krankheit den Verlauf und die Behandlungsoptionen einer anderen Erkrankung negativ beeinflusst.



Natürlich gibt es auch ältere Menschen, die keine Co- oder Multimorbiditäten aufweisen, sondern ausschließlich wegen eines einzelnen Krankheitsereignisses behandelt werden müssen. Solche Patient_innen werden jedoch klassischerweise nicht als geriatrisch angesehen und werden normalerweise auch nicht in der Geriatrie behandelt!

Wie in Abbildung 8 zu sehen ist, besteht auch bei der Frage nach Multimorbiditäten ein direkter Zusammenhang mit der Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen und dem Alter. Auch zeigte sich in einer groß angelegten Studie mit mehr als 29.000 älteren Frauen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl altersassoziierter Erkrankungen und dem Risiko der Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Rosso et al., 2013).

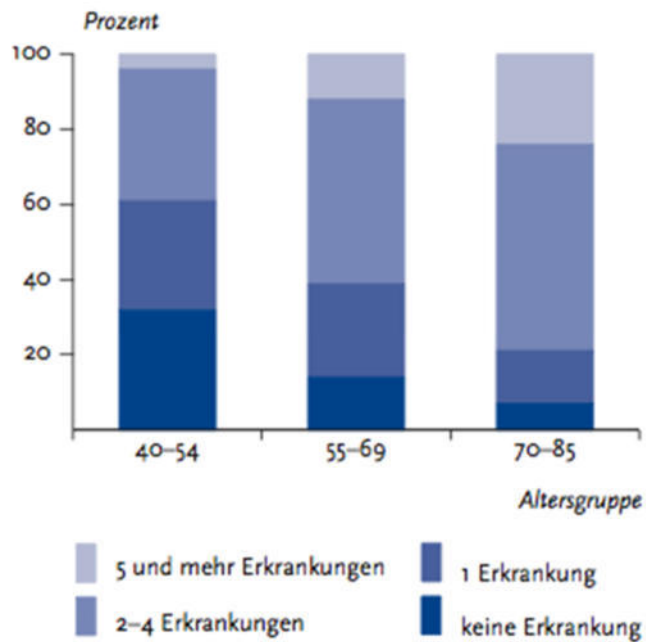


Abbildung 8: Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen im Altersverlauf

Quelle: (Böhm et al., 2009)

Aufgrund der aktuell gültigen Definition geriatrischer Patient_innen muss davon ausgegangen werden, dass nahezu alle Patient_innen, die in einer geriatrischen Abteilung anzutreffen sind, über mindestens eine Co-Morbidität verfügen. Dies kann erhebliche Auswirkungen auf die Rehabilitationsfähigkeit solcher Patienten haben.

Aus diesem Grund hat die American Geriatrics Society eine Leitlinie zum Umgang mit multimorbiden Patienten veröffentlicht ("Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity," 2012). Diese Leitlinie kann als Grundlage jeglicher Interventionsplanung verwendet werden. Eine Zusammenfassung dieser Leitlinie ist in Abbildung 9 nachvollziehbar.

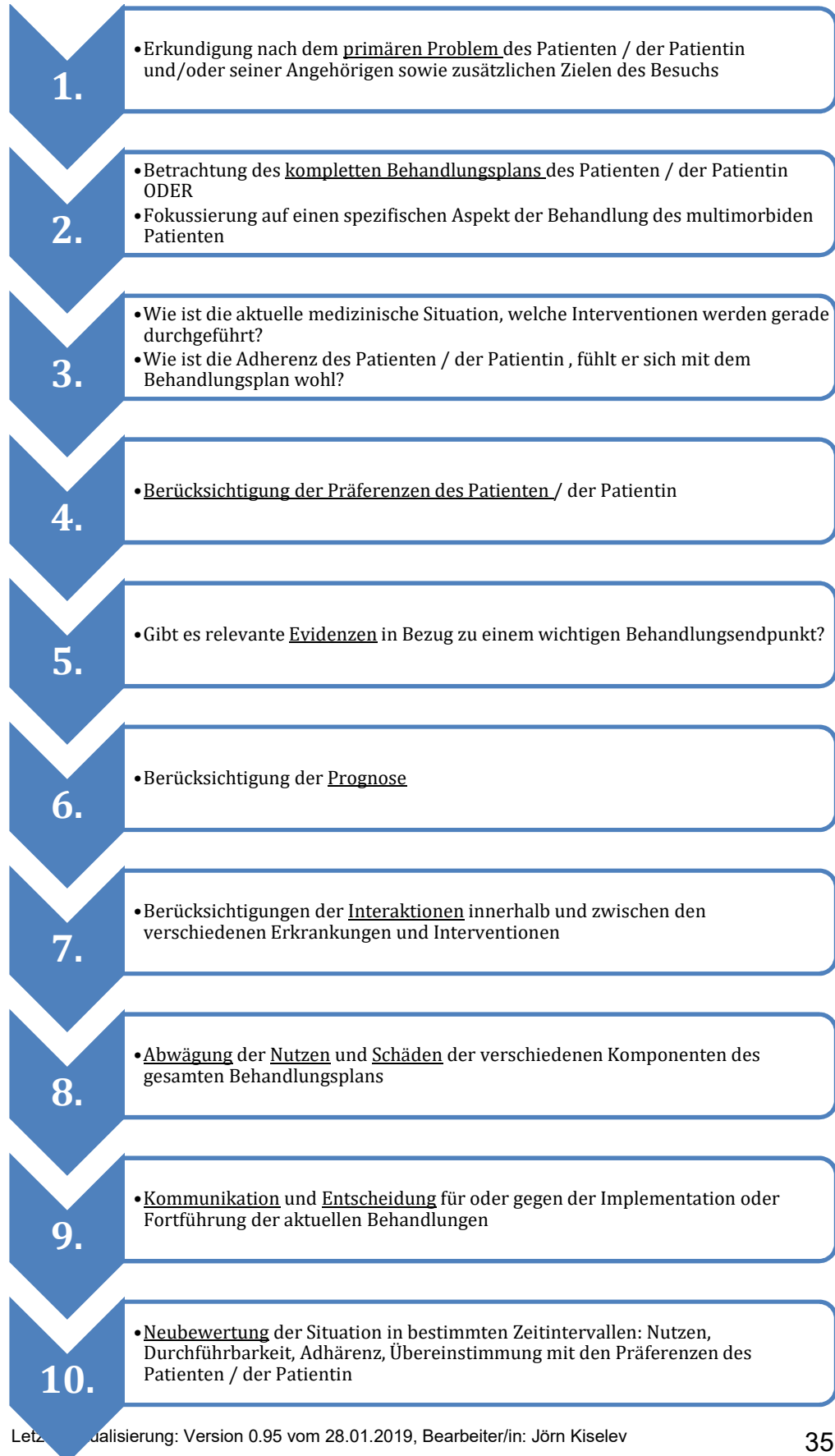


Abbildung 9: Leitlinie zur Planung von Interventionen bei multimorbiden Patienten

(eigene Übersetzung nach den “ (“Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity,” 2012)



Fallbeispiel:

Ein 82-jähriger Mann kommt zu Ihnen in Begleitung seiner Kinder, einem Sohn und einer Tochter. Der Mann äußert Bedenken wegen seiner zunehmenden Erschöpfungszustände, auch sei seine bewältigbare Gehstrecke zunehmend geringer geworden. Er komme deshalb in letzter Zeit in seinem Alltag spürbar schlechter klar, neben dem Einkaufen seien auch das Kochen und das Sauberhalten der Wohnung für ihn kaum noch möglich.

Trotzdem möchte der ältere Herr in seiner Wohnung bleiben können, was durch seine Kinder bestärkt wird, die ihren Vater nicht gerne in einem Pflegeheim sehen wollen. Gleichzeitig sind sie aber auch über seine Zustandsverschlechterung besorgt und möchten gerne, dass sich ihr Vater wieder wohler fühlt.

Bekannte Diagnosen:

- Schwere Herzinsuffizienz (NYHA III)
- Arthrose beide Knie
- Osteoporose
- Diabetes Mellitus Typ II
- Benigne Prostatahyperplasie
- Verdacht auf beginnende Demenz vom Alzheimerstyp
- Schlafstörungen

Bekannte Untersuchungsergebnisse:

- Mini-Mental-Status-Test: 23/30, vor 6 Monaten 25/30
- Barthel-Index 60/100
- Handkraft rechts (dominante Hand) 13kg, linke Hand 9kg
- Gehgeschwindigkeit (am Rollator) 0,64 m/sec

Aufgabe 3:

Wenden Sie in Kleingruppenarbeit den in Abbildung 9 dargelegten Leitlinienalgorithmus auf diesen Patienten an. Beachten Sie dabei folgende Fragestellungen:

4. Welche Informationen sollten Sie noch haben, um das Gesamtbild des Patienten beurteilen zu können?
5. Welche Gesamtbehandlungsstrategie würden Sie aus therapeutischer und pflegerischer Sicht vorschlagen?
6. Auf welche Weise können Sie insbesondere den Punkt 4 der Leitlinie berücksichtigen?
7. Begründen Sie bitte ihre Strategie auf Basis der Punkte 5 bis 8 der Leitlinie.

3.3 Risikofaktoren für altersassoziierte Erkrankungen

Eine der wichtigsten Aufgaben innerhalb der Geriatrie, aber auch schon in der Zeit bevor ein Patient als geriatrisch eingestuft werden muss, ist die rechtzeitige Identifizierung von Risikofaktoren, die zur Entstehung der typischen altersassoziierten Erkrankungen und Ko-Morbiditäten führen. Dies hat vor allem zwei Gründe. Zum ersten soll hierdurch (und die nach einer korrekten Diagnose eingeleiteten Maßnahmen) das Entstehen oder eine stärkere Ausprägung einer Erkrankung verhindert werden. Zum zweiten aber können die meisten alterstypischen Erkrankungen am besten (manchmal auch ausschließlich) über die Verringerung der dazugehörigen Risikofaktoren behandelt werden. Dabei ist auffällig, dass bei den meisten der angesprochenen altersassoziierten Erkrankungen zumindest ein Teil der bekannten Risikofaktoren (in vielen Fällen die Mehrzahl) durch Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten entstehen. Hierzu einige, das Thema jedoch nicht abschließende Beispiele (Tabelle 3):

Tabelle 3: Risikofaktoren für die Entwicklung von altersassoziierten Erkrankungen

Grunderkrankung	Risikofaktoren
Herzinfarkt	Essentielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen, Adipositas, Diabetes Mellitus, körperliche Inaktivität, Stress (Heidrich et al., 2003; O'Donnell, Elosua, O'Donnell, & Elosua, 2008)

	Das Herzinfarkt­risiko ist bei Frauen mit Diabetes Mellitus höher als bei Männern (Babitsch, Lehmkuhl, Kenedel, & Regitz-Zagrosek, 2008)
Schlaganfall	Hypertonie, Diabetes Mellitus, Koronare Herzerkrankungen, vorherige TIA oder Schlaganfall, Rauchen, Adipositas (Zuhaid et al., 2014)
Essentielle Hypertonie	Adipositas, Alkoholabusus, Bewegungsmangel, chronischer Distress, Ernährungsverhalten (hohe Kochsalzzufuhr, niedrige Kaliumzufuhr) (Janhsen, Strube, & Starker, 2008)
Diabetes Mellitus Typ II	Adipositas (besonders früh beginnend), körperliche Inaktivität, Rauchen, Ernährungsverhalten (McCullogh & Robertson, 2018)
Demenz	Familiäre Häufung, weibliches Geschlecht, Bildungsstand, Rauchen, Kopftraumata in der Vergangenheit, vaskuläre Erkrankungen (Launer et al., 1999; McCullogh, Craig, McIlroy, & Passmore, 2001)

Anhand dieser Aufzählung wird klar, dass vor allem drei verhaltensbezogene Risikofaktoren Einfluss auf die Entwicklung von altersassoziierten Erkrankungen haben. Dies sind körperliche Inaktivität, Rauchen und ernährungsbezogene Defizite. Dies sind Risikofaktoren, die sich im Rahmen einer therapeutischen oder pflegerischen Tätigkeit – zumindest theoretisch – beeinflussen lassen. Darüber hinaus existieren selbstverständlich vielfältige weitere Risikofaktoren, die sich nach heutigem Wissensstand nicht so ohne weiteres oder gar nicht beeinflussen lassen. Entsprechend ist die Geriatrie sehr häufig darauf angewiesen, sowohl die Behandlung der beeinflussbaren Risikofaktoren im Blick zu behalten als auch die jeweilig vorhandenen Symptome zu behandeln. Aufgrund dieser komplexen Situation ist die Geriatrie auch mehr als andere medizinische Fachgebiete interprofessionell ausgerichtet.

Im Folgenden sollen jedoch die durch die in diesem Studiengang vertretenen Berufsgruppen schwerpunktmäßig behandelbaren Risikofaktoren besprochen

und Strategien zur Verringerung dieser gesundheitsbelastenden Verhaltensweisen erarbeitet werden. Aufgrund der Relevanz dieses Themas soll zusätzlich noch Stürze bei älteren Menschen in dieses Kapitel integriert werden.

Verminderte Aktivität

Die Frage, worin eigentlich eine „Aktivität“ besteht und ab wann sie gesundheitsfördernd oder –erhaltend wirkt, ist häufig auch in Diskussionen innerhalb des Gesundheitssektors nicht ausreichend geklärt. Aus diesem Grund sollen die Begriffe der körperlichen Aktivität sowie des Trainings hier zunächst einmal definiert werden, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede erfassbar zu machen.



Körperliche Aktivität:

Nach Caspersen et al. (1985), einer häufig zitierten Definition der körperlichen Aktivität ist diese jede körperliche Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur verursacht wird und in einem Energieverbrauch resultiert, der oberhalb des metabolischen Grundumsatzes liegt (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Der metabolische Grundumsatz ist hierbei die für die basalen körperlichen Funktionen wie der Atmung, der Verdauung, der Aufrechterhaltung der Körpertemperatur und ähnlichem notwendige Energie.

Körperliche Aktivitäten können in verschiedene Bereiche unterteilt werden; Caspersen schlägt dabei die Unterteilung in Schlaf, Beruf und Freizeit vor, wobei der Bereich der Freizeit wiederum verschiedene Unterbereiche wie Sport, Haushalt, Gartenarbeit etc. beinhaltet.

Training:

Wie bereits erwähnt werden die Begriffe der körperlichen Aktivität und des Trainings häufig austauschbar verwendet, was zunächst einmal falsch ist. Richtig ist, dass die beiden Begriffe eine hohe Schnittmenge aufweisen. So setzt jede Form des Trainings eine körperliche Aktivität voraus. Um aber eine körperliche Aktivität als Training bezeichnen zu können, müssen weitere Bedingungen erfüllt sein. Ein Training ist entsprechend jede körperliche Aktivität, die regelmäßig, wiederholt und strukturiert mit dem Ziel durchgeführt wird, die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern (Caspersen et al., 1985).

Regelmäßige körperliche Aktivität kann zur Gesunderhaltung und Reduktion verschiedener Risikofaktoren führen, aus diesem Grund empfiehlt die WHO eine Gesamtdauer von mindestens 2,5 Stunden pro Woche, in denen Erwachsene (nicht nur ältere Menschen) körperlich aktiv sein sollten (World Health Organisation, 2017). Diese Empfehlung wird jedoch in Deutschland nur unzureichend umgesetzt. Analysen des Robert-Koch zufolge sind mehr als 60% der Frauen und 50% der Männer körperlich zu wenig aktiv (siehe Abbildung 10). Dabei ist zusätzlich zu beobachten, dass der Anteil der wenig aktiven Menschen sprunghaft in der Altersgruppe ab 65 Jahren ansteigt. Ähnliche Tendenzen sind auch für die sportlichen Aktivitäten zu beobachten, wobei hier auffällig ist, dass in der jüngsten Altersgruppe der Anteil derjenigen, die Sport treiben, hoch ist; dieser Anteil aber ab dem 30ten Lebensjahr deutlich abfällt.

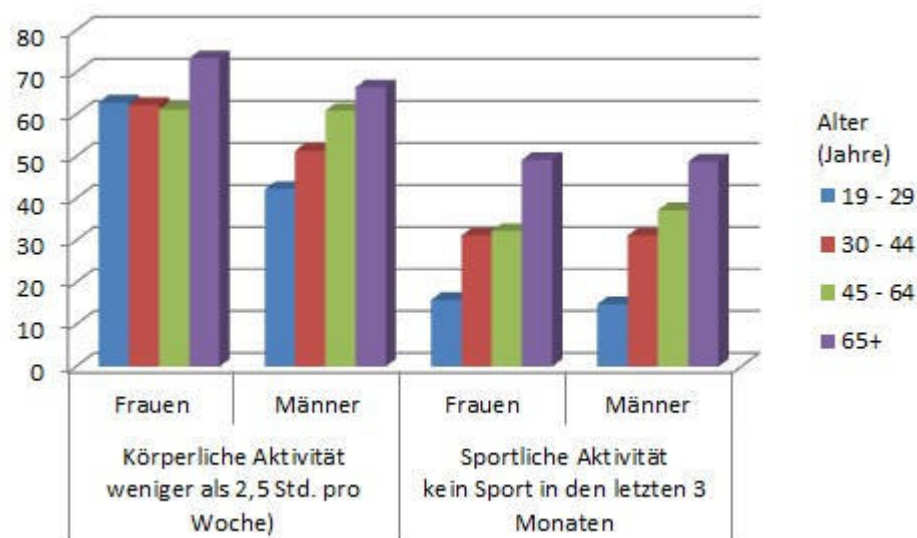


Abbildung 10: körperliche Aktivität und Sport in verschiedenen Altersgruppen in Deutschland (Angaben in %)

Quelle: eigene Darstellung nach: (Robert Koch-Institut, 2015)

Für diese zu beobachtende Entwicklung im Altersverlauf gibt es eine Vielzahl von Gründen. Zunächst scheint einmal der Grad der körperlichen Aktivität in früheren Jahren einen Einfluss auf den weiteren Verlauf solcher Aktivität im weiteren Altersverlauf hat. Zusätzliche Faktoren sind aber auch ein unbefriedigendes soziales Netzwerk, eine schlechtere Selbsteinschätzung der körperlichen Funktionen sowie das Vorhandensein bestimmter Erkrankungen wie bspw. Diabetes (Clarke et al., 2017).

In einer qualitativen Studie konnten Guell et al (2018) 3 Grundtypen mit unterschiedlichen Grundhaltungen zu körperlicher Aktivität identifizieren, die mit wahrgenommenen Barrieren unterschiedlich umgingen (Guell, Panter, Griffin, & Ogilvie, 2018).

Die erste Gruppe bestand aus sportlich aktiven Menschen, die ihr gesamtes Leben Sport in irgendeiner Form betrieben hatten. Diese Gruppe versuchte, im Altersverlauf bei auftretenden Gesundheitsproblemen ihre Aktivitäten anzupassen und beispielsweise Sportarten mit einer höheren Grundbelastung durch solche mit einer geringeren Belastung zu ersetzen.

Die zweite Gruppe zeigte sich vor allem körperlich aktiv, um soziale Kontakte pflegen zu können oder an Aktivitäten im öffentlichen Raum teilnehmen zu können. Auch diese Gruppe versuchte, ihre Aktivitäten an die sich verändernden physischen Kapazitäten anzupassen; zusätzlich wurden aber Veränderungen im sozialen Umfeld als Gründe für einen sich verringernenden aktiven Lebensstil angeführt.

Die dritte Gruppe schließlich bestand aus Menschen mit wenig Interesse an körperlicher Aktivität und sozialer Interaktion. Diese Menschen gaben an, wenig Interesse an körperlicher Aktivität zu haben; wenn sie dies doch waren (in einem begrenzteren Umfang als die beiden vorgenannten Gruppen), war dies häufig auf Basis von selbst gewählten sozialen Verpflichtungen.

Einen wichtigen und zugleich interessanten Aspekt bei der Aufnahme von neuen körperlichen Aktivitäten bei älteren Menschen gibt es jedoch zu beachten. In einer Studie von Gray et al. (2018) zeigte sich, dass ältere Menschen beispielsweise während eines strukturierten Programms zur Verbesserung der körperlichen Aktivität diese zusätzliche Aktivität an anderer Stelle des Tagesablaufs wieder kompensierten, so dass im Endeffekt kein Mehrwert im Rahmen des Programms entstand (Gray, Murphy, Gallagher, & Simpson, 2018).

Insgesamt lassen sich die wahrgenommenen Barrieren und fördernden Faktoren zur Aufnahme und dem Erhalt körperlicher Aktivitäten auf Basis einer weiteren umfangreichen Studie von Bethancourt et al (2014) wie folgt zusammenfassen (Tabelle 4):

Tabelle 4: Fördernde und hemmende Faktoren zur Aufnahme oder dem Erhalt körperlicher Aktivität

Barrieren	Fördernde Faktoren
Intrapersonelle Faktoren	
Physische und geistige Gesundheit	
<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • Verminderte Ausdauer und Balancefähigkeit • Verletzungsrisiko • Angst vor Stürzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentielle Vermeidung von Gesundheitsproblemen • Management bestehender Probleme • Erhalt von Kraft, Balancefähigkeit und geistiger Ressourcen • Potentieller Gewichtsverlust • Verbesserung der Stimmung
Individuelle Präferenzen	
<ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung von KA • Ablehnung von Gruppen • Keine Motivation • Angst sich zu blamieren • Unsicherheit in der Wahl der KA • Bevorzugung eines inaktiven Lebensstils • Langweilige KA • Nicht an KA gewöhnt 	<ul style="list-style-type: none"> • Spaß an KA • Glaube an die Wirksamkeit von KA • Schlechtes Gewissen bei Auslassen von KA • Wahrnehmung der Vorteile von KA • KA als Teil des Alltags / täglichen Routine • Gute Selbstwirksamkeitserwartung • Proaktive Suche nach Möglichkeiten zur KA • PA in Kombination mit nützlichen / schönen Aktivitäten
Interpersonelle Faktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Anleitung durch professionelle Berufsgruppen • Fehlende Motivation durch Instruktoren • Fehlende Informationen über KA-Programme • Zu große Anstrengung • Wahrnehmung der Bedrohung durch andere Teilnehmer_innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ermutigung durch andere Teilnehmer_innen • Freundschaft mit anderen Teilnehmer_innen • Kameradschaft • Anleitung durch geschulte Kräfte • Soziale Kontakte • Andere Teilnehmer als Rollenmodell • Unterstützung durch Hunde
Umweltfaktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Hügel und Stufen • Unebene Bürgersteige • Schlechtes Wetter • Unsichere Gegend • Ort für KA wirkt nicht ansprechend • Ort für KA ungünstig gelegen • Schlechte Parkmöglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ort für KA in Laufreichweite • Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe • Ausruhmöglichkeiten • Ebene Gehflächen • Alternativen bei schlechtem Wetter • Möglichkeit, zu Hause aktiv zu sein • Gutes Wetter
Strukturelle und organisatorische Faktoren	

<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Ausgaben • Wenige zur Verfügung stehende Programme • Wenig Möglichkeiten der Teilnahme • Nicht ausreichende Informationen zum Programm • Schlechte Qualität • Programm zu leicht oder zu schwer • Anbieter hat zu wenig Wissen über die Programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenlose oder -günstige Programme • Gute Ausbildung der Instruktoren • Flexibler Organisation des Programms • Ineinandergreifende Programme • Anpassbarkeit an persönlichen Level • Gute Distribution von Informationen
--	--

Abk.: KA: körperliche Aktivität

Quelle: eigene Übersetzung nach (Bethancourt, Rosenberg, Beatty, & Arterburn, 2014)

Mit diesem Wissen lassen sich geeignete Programme zur Förderung körperlicher Aktivität für ältere Menschen konzipieren und umsetzen.



Aufgabe 4:

Erstellen Sie ein Programm zur Förderung körperlicher Aktivität älterer Menschen. Dabei sollen Sie den Fokus auf die Rahmenbedingungen zur Umsetzung, bei der Sie die fördernden und hemmenden Faktoren aus Tabelle 4 berücksichtigen. Erläutern Sie dabei, mit welchen Maßnahmen Sie welches Ziel verfolgen.

Sie können dabei ein allgemeines Programm zur Förderung körperlicher Aktivität entwickeln oder sich auf ältere Menschen mit spezifischen Problemen oder Krankheitsbildern fokussieren.

Legen Sie in jedem Fall auch die vorhandenen Evidenzen für die Verwendung der von Ihnen gewählten Trainings- und Aktivitätselementen dar.



Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen 2009:

<https://www.dgpr.de/leitlinien-empfehlungen-positions-papiere/II-koerperliche-aktivitaet.html>

Stürze

Eine einheitliche Definition, was ein Sturz ist, gibt es bislang leider nicht. Es gibt jedoch einige sehr verbreitete Definitionen an, die über einige gemein-

same Definitionsgrundlagen verfügen und sich darüber hinaus in weiteren Details voneinander unterscheiden. Aus diesem Grund sollen zunächst verschiedene dieser Definitionen benannt werden.



Eine sehr verbreitete Definition bietet die Weltgesundheitsorganisation WHO an:

„An event, which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or other lower level“

Eine weitere Definition der Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly stellt eine Erweiterung der WHO-Definition dar:

„A fall is an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or other lower level and other than as a consequence of the following: sustaining a violent blow, loss of consciousness, sudden onset of paralysis, as in a stroke, an epileptic seizure.“

Eine dritte Definition wurde durch die Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques (FICSIT) vorgestellt:

„Unintentionally coming to rest on ground, floor, or other lower level; excludes coming to rest against furniture, wall, or other structure.“



Diskutieren Sie die verschiedenen Definitionen und arbeiten Sie die jeweiligen Vor- und Nachteile dieser Definitionen heraus. Würden Sie sich für eine dieser Definitionen entscheiden oder eine eigene Definition (oder eine bestehende, hier nicht genannte) bevorzugen?

Stürze sind einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Erleiden von schwerwiegenden Einschränkungen im Alter (Raschke & Stange, 2008). Etwa 30% der Altersgruppe der über 65-jährigen stürzt mindestens einmal pro Jahr, davon resultieren ungefähr 30-40% der Stürze in behandlungsbedürftigen Verletzungen. In einer Studie zur Beurteilung des Sturzrisikos in der Altersgruppe 85+

aus dem Jahr 2009 waren in einem Zeitraum von 11 Monaten 49% der Teilnehmer_innen gestürzt, viele davon mehrfach (Iinattiniemi, Jokelainen, & Luukinen, 2009).

Die Folgen eines Sturzes können weit gestreut sein. Viele Stürze haben vermeintlich keine gesundheitsrelevanten Konsequenzen. Leichte Weichteilverletzungen wie blaue Flecken und Abschürfungen werden häufig nicht erst genommen, dies kann jedoch dazu führen, dass mögliche Therapieoptionen nicht rechtzeitig wahrgenommen werden. Schwerwiegendere Verletzungen wie Platzwunden, Frakturen des Oberschenkelhalses, der Wirbelsäule, des Oberarms und des distalen Radius haben dann aber dramatische Folgen für die betroffenen älteren Menschen. Dabei sind Stürze für 90% der Oberschenkelhalsfrakturen und für 50% der Wirbelsäulenfrakturen verantwortlich (Raschke & Stange, 2008).

Für das Erleiden eines Sturzes gibt es nicht einen typischen oder allein verantwortlichen Risikofaktor, sondern eine ganze Reihe sehr verschiedener Faktoren, die miteinander zusammenwirken. So konnte in einer Studie aus dem Jahr 1986 gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, zu stürzen, mit der Anzahl der vorliegenden Sturzrisiken steigt (Tinetti, Williams, & Mayewski, 1986). Eingeschlossen in diese Untersuchung wurden dabei so verschiedene Problemfelder wie die Abhängigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilitätseinschränkungen, vergangene Stürze, Multimedikation, Nutzung von Gehhilfen, orthostatischer Blutdruck, Beinkraft, Seh- und Höreinschränkungen oder Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit. Es zeigte sich, dass bei einer hohen Anzahl von Einschränkungen (sieben oder mehr) alle Studienteilnehmer_innen innerhalb von 3 Monaten nach Erhebung der Studiendaten stürzten (Abbildung 11).



Abbildung 11: Anzahl Erkrankungen und Wahrscheinlichkeit eines Sturzes

Quelle: Eigene Darstellung nach (Tinetti et al., 1986)

Man kann also vermuten, dass sich einzelne Risikofaktoren im Alltag noch gut kompensieren lassen, diese Kompensationsfähigkeit jedoch mit zunehmenden Problemen nachlässt und schließlich zu Stürzen und den daraus resultierenden Folgen resultieren.

Sturzrisiken werden in der Literatur häufig in intrinsische und extrinsische Faktoren, in anderen Kontexten aber auch in Kategorien wie biologische, verhaltensbedingte, umgebungsbedingte und sozioökonomische Faktoren unterteilt. Dabei kann man die intrinsischen Faktoren auch als personenbezogene Faktoren und extrinsische Faktoren als Umweltfaktoren bezeichnen.

Diese Faktoren bedingen sich gegenseitig und tragen gemeinsam dazu bei, dass ältere Menschen stürzen (Abbildung 12).



Abbildung 12: Risikofaktoren für Stürze im Alter (eigene Übersetzung aus (World Health Organisation, 2007)

Umgekehrt können, wie auch schon bereits bei den Risikofaktoren zur Entwicklung altersassoziierter Erkrankungen, beeinflussbare Risiken positiv beeinflusst werden, um Stürze zu verhindern. Dies umfasst naheliegenderweise alle verhaltensbezogenen Risikofaktoren, aber auch viele weitere Faktoren wie die Entwicklung und Versorgung chronischer Erkrankungen, Multimedikation und die Durchführung notwendiger Wohnraumanpassungen.



Fallbeispiel:

Frau Bauer ist 73 Jahre alt und befindet sich in einem geriatrischen Krankenhaus, wo sie vor einigen Tagen in Folge einer Humerusschaftfraktur des rechten Arms eingewiesen wurde. Die Fraktur wurde operativ versorgt, der Arm ist jedoch aktuell nur stark eingeschränkt belastbar. Aus diesem Grund kann Frau Bauer Ihren Rollator, auf den Sie seit einiger Zeit angewiesen ist, nicht verwenden und ist aus diesem Grund auch nur sehr schlecht mobil. Aus der Patientenakte und den Angaben des überweisenden Krankenhauses gehen folgende Angaben hervor:

Alter: 73 Jahre

Geschlecht: weiblich

Größe: 167 cm

Gewicht: 82 kg

Pflegegrad: 2

Hauptdiagnose des überweisenden Krankenhauses: Humerusschaftfraktur nach Sturz.

Weitere Diagnosen: Diabetes Mellitus Typ II, Hypertonie, Knie-TEP links, Arthrose rechtes Knie (Kellgren-Lawrence-Skala Grad 4), Herzinsuffizienz NYHA Grad 2, Schlaganfall vor 4 Jahren mit leichter armbetonter Hemiparese links.

Anamnese: Frau Bauer gab an, im den frühen Morgenstunden des vergangenen Wochenendes auf dem Weg zur Toilette gestürzt zu sein. Sie erzählt, dass sie den Rollator leider nicht mit ins Bad nehmen kann, weil die Eingangstüre dort zu eng ist und sie ohnehin Schwierigkeiten hat den Rollator über die Schwellen der jeweiligen Zimmer zu manövrieren. Im Bad versucht sich Frau Bauer dann im Normalfall, am Waschbecken, der Waschmaschine und der Badewanne abzustützen, um die Toilette zu erreichen. Dies sei ihr auch an diesem Morgen gelungen, dann habe sie jedoch beim Drehen das Gleichgewicht verloren, da sie es eilig gehabt hätte und sei auf den Badewannenrand gestürzt. Sie habe anschließend nicht mehr alleine aufstehen können und hätte im Bad liegen müssen, bis Ihr Mann aufgewacht sei. Dieser hätte dann den Notarzt alarmiert weil er sich selber nicht in der Lage gesehen habe, seiner Frau aufzuhelfen.

Aufgabe 5:

Teilen Sie sich bitte in 2 Gruppen auf.

Aufgabe für Gruppe 1:

Erstellen Sie bitte eine Persona für Frau Bauer. Was für eine Person ist diese Frau? Wie haben sich die vielfältigen Erkrankungen, an denen Frau Bauer leidet, im Laufe des Lebens entwickelt? Wie geht sie nun damit um? Welche Sturzrisiken könnte Frau Bauer aufweisen und wie äußern sich diese?

Beachten Sie dabei auch die bereits besprochenen Theorien zu Alternskonzepten.

Aufgabe für Gruppe 2:

Führen Sie eine Anamnese mit Frau Bauer durch mit dem Ziel herauszufinden, welche Sturzrisiken für sie bestehen? Formulieren Sie hierfür Fragen an Frau Bauer und nennen Sie auch Ihre Ziele, warum Sie diese Fragen formulieren. Kategorisieren Sie danach die erhaltenen Informationen in Gruppen und überlegen Sie gemeinsam, wie man diese Risikofaktoren für Frau Bauer minimieren kann.

Führen Sie anschließend ein Anamnesegespräch als Rollenspiel durch, in der ein_e Vertreter_in aus Gruppe 2 versucht, ein möglichst umfassendes und vollständiges Bild von Frau Bauer zu erhalten. Nehmen Sie dieses Rollenspiel auf Video auf und diskutieren Sie anschließend, welche Probleme während des Gesprächs auftraten.



Weitere Literatur zum Thema Stürze im Alter:

WHO-Report zu Stürzen im Alter ("WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age" 2007): http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/

OTAGO Sturzpräventionsprogramm: <https://www.physio-akademie.de/forschung-wissenschaft/otago-uebungsprogramm/>

Ernährung und Rauchen

Eine fehlerhafte Ernährung sowie Rauchen stellen zentrale Risikofaktoren für die Entwicklung verschiedener chronischer Erkrankungen dar, die besonders bei älteren Menschen anzutreffen sind.

Dabei ist im Zusammenhang der Ernährung auch häufig von einer Mangelernährung die Rede. Den Begriff der Mangelernährung fassen Schreier und Bartholomeyczik wie folgt zusammen (Schreier & Bartholomeyczik, 2004):



„Wird vom Energie- und Nährstoffbedarf ausgegangen, dann kann Mangelernährung dabei als jedweder Mangel an Nährstoffen verstanden werden der sich nicht nur auf die alleinige Gewichtsreduktion in Folge zu geringer Energieversorgung des Körpers mit Kohlenhydraten und Fetten beschränkt. Der

Begriff schließt die Makro- und Mikronährstoffe ein und lässt dabei die Nährstoffdichte bei der Ernährung nicht außer Acht, auf den es gerade im fortgeschrittenen Alter oder in besonderen Krisenzeiten des Körpers (z.B. Infektionen) ankommt.“

Auf Basis der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) liegt eine Mangelernährung bei älteren Menschen ab 65 Jahren vor, wenn:

- Body-Mass-Index (BMI) $<18,5\text{kg/m}^2$ ODER
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust $>10\%$ in den letzten 3–6 Monaten ODER
- BMI $<20\text{kg/m}^2$ und unbeabsichtigter Gewichtsverlust $>5\%$ in den letzten 3–6 Monaten.

Für ältere Menschen werden aber, auch innerhalb dieser Leitlinie, altersangepasste Grenzwerte für BMI und Gewichtsverlust diskutiert (BMI $<20\text{kg/m}^2$, Gewichtsverlust $>5\%$ in 3 Monaten).

Der Mangelernährung gegenüber gestellt ist die Adipositas. Adipositas ist definiert als das Vorhandensein eines BMI von mehr als 30; seit einigen Jahren werden zusätzlich auch noch Taillenumfangsmessungen propagiert, bei der dieser bei Frauen unter 80 cm, bei Männer unter 88 cm liegen sollte (Wirth, 2012).

Die Ursachen für eine Mangelernährung oder eine Adipositas sind unterschiedlich, dabei sind adipöse ältere Menschen jedoch sehr häufig schon in früheren Jahren übergewichtig, entsprechend ist die Prävalenz und die Ursachen der Adipositas kein genuin geriatrisches Problem. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein falsches Ernährungsverhalten, das zu Übergewicht geführt hat, bei geriatrischen Patient_innen nicht mehr beeinflussbar ist. Hierfür sind prinzipiell die gleichen Maßnahmen zu ergreifen wie bei jüngeren Menschen. Hier haben sich 3 ineinander greifende Maßnahmen als besonders effektiv erwiesen:

1. Reduktion der kalorischen Einfuhr
2. Erhöhung der körperlichen Aktivität
3. Verbesserung des Wissens um eine gesunde Ernährung

Trotz dieses Wissens sind langfristig erfolgreiche Gewichtsreduktionsprogramme, unabhängig vom Alter, schwer umzusetzen und die „Rückfallquoten“ sind hoch.

Dem gegenüber entstehen die Gründe, die zu einer Mangelernährung im Alter führen, häufig auch erst im höheren Alter und lassen sich, zumindest zum Teil, deutlich besser beheben. Zum einen erleben viele ältere Menschen einen geringeren Appetit und essen schlicht weniger. Gleichzeitig erhöht sich jedoch im Alter der Proteinbedarf, der notwendig ist um die vorhandene Muskulatur aufrecht zu erhalten (Tessier & Chevalier, 2018). Eine verringerte Aufnahme von proteinreichen Lebensmitteln, also hauptsächlich Fleisch, Fisch und Ei, kann also einen Abbau der Muskelmasse, die so genannte Sarkopenie, begünstigen.

Zum anderen führen aber auch viele der bereits besprochenen Altersfolgen dazu, dass ältere Menschen die Organisation (Planung, Einkauf) und Zubereitung von Mahlzeiten als beschwerlich erleben und diesen Prozess entweder vereinfachen oder sogar so weit wie möglich einstellen. Zusätzlich kann auch ein unzureichender Zahnstatus die Einnahme von Mahlzeiten schwieriger machen und beispielsweise die Zerkleinerung von Fleisch sogar ganz unmöglich machen. Es ist also nicht verwunderlich, wenn diese Menschen sich entsprechend weniger gut ernähren können. Die Konsequenz ist entsprechend eine Mangelernährung, die mit Problemen wie einer Sarkopenie, aber auch mit einem Vitamin-D-Mangel und der daraus resultierenden Osteoporose einhergeht.

Rauchen

Rauchen gehört zu den größten Risikofaktoren für das Erleiden diverser chronischer Erkrankungen. Aus dem deutschen Tabakatlas ist zu entnehmen, dass, trotz einer insgesamt seit längerer Zeit abnehmenden Tendenz (Abbildung 13), weiterhin ca. jeder 4. erwachsene Mensch raucht. Dies führt immer noch dazu, dass etwa 13,5% aller Todesfälle auf Tabakkonsum zurück zu führen sind und die Kosten des Rauchens auf ca. 80 Millionen Euro pro Jahr veranschlagt werden müssen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015).

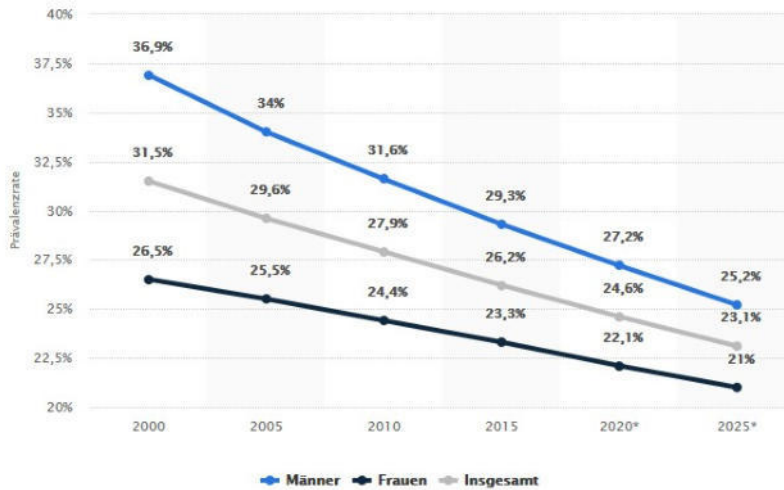


Abbildung 13: Prävalenz regelmäßiger Raucher

Quelle: Statista (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/596512/umfrage/verbreitung-des-rauchens-in-deutschland-nach-geschlecht/>)

Dabei sind deutliche soziodemografische Einflüsse zu erkennen; die Raucherprävalenz ist offensichtlich bildungs- und einkommensabhängig (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, 2006). In einer – leider schon länger zurückliegenden – Erfassung der Rauchgewohnheiten der Bevölkerung in Deutschland zeigte sich, dass in der im Bericht so bezeichneten „Unterschicht“ der Anteil an Rauchern bei nahezu 50% lag, während in der „Oberschicht“ weniger als 30% rauchten. Der Tabakatlas von 2015 bestätigt, zumindest indirekt, diese Zahlen anhand der Untersuchung der Rauchgewohnheiten verschiedener Berufsgruppen (Abbildung 14).

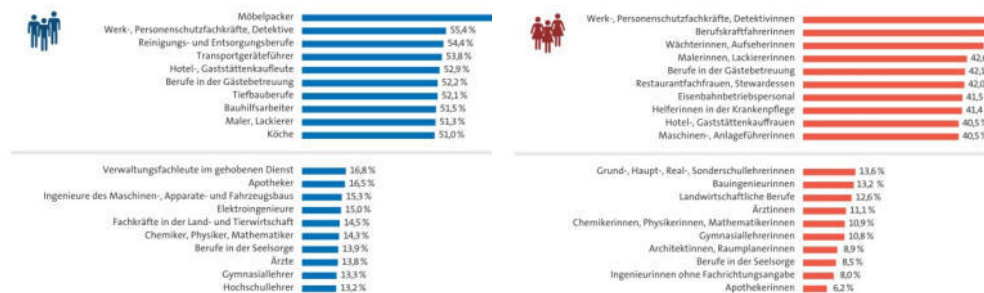


Abbildung 14: Berufsgruppen mit den 10 häufigsten und niedrigsten Raucheranteilen

Quelle: (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015) (Männer: Blau, Frauen: Rot)

Auch wenn diese Zahlen als absolute Zahlen nicht mehr so stimmen dürften, ist anzunehmen dass sich die in dieser Studie identifizierte Tendenz nicht wesentlich geändert haben dürfte.

4. Geriatrische Behandlungskonzepte

4.1 Formale Rahmenbedingungen

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es weiterhin keine Berufsbezeichnung und –Anerkennung für Fachärzt_innen für Geriatrie; auch für nichtärztliche Berufsgruppen gibt es keine geriatrisch-spezifische Fachausbildung, auch wenn diverse Fortbildungsangebote existieren.

Zumeist erfolgt die Behandlung geriatrischer Patient_innen im Rahmen der so genannten „Frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung“ (FGK). Für die Durchführung der FGK wurden verschiedene Merkmale festgelegt, die erfüllt sein müssen um eine Abrechnung der FGK nach dem so genannten „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) zu ermöglichen.



OPS 8-55: Frührehabilitative Komplexbehandlung (wörtliche Zitierung aus: (DIMDI, 2018)

Hinweis: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben und darf nur solange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht

8-550: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exklusive: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein

- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-550.1: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20

Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-550.2: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten. Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

Die Frührehabilitative Komplexbehandlung zeichnet sich also durch mehrere Merkmale aus. Dazu zählen die notwendigen fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen zumindest eines Teils der auf einer geriatrischen Station arbeitenden Berufsgruppen sowie eine festgelegte Mindestanzahl von therapeutischen Leistungen abhängig von der Aufenthaltsdauer eines Patienten / einer Patientin. Zwei spezifische Merkmale der frührehabilitativen Komplexbehandlung sollen jedoch im Folgenden genauer besprochen werden.

4.2 Multidisziplinäre Teams

Geriatrische Teams zeichnen sich durch eine multiprofessionelle Teamstruktur aus. Im formal vorgegebenen Rahmen bedeutet dies, dass ein geriatrisches Behandlungsteam zunächst einmal aus verschiedenen Berufsgruppen (Ärzt_innen, Pfleger_innen, mindestens zwei Therapieberufe) bestehen *muss*. Zusätzlich sind wöchentliche Teambesprechungen zwingend vorgeschrieben. Dabei zeigte eine Untersuchung im Rahmen eines EU-Projekts zur integrierten Versorgung, dass insbesondere die Möglichkeit des regelmäßigen interdisziplinären Austauschs sowie die Begegnung innerhalb des geriatrischen Teams auf Augenhöhe eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung geriatrischer Patient_innen sind (Busetto, Kiselev, Luijckx, Steinhagen-Thiessen, & Vrijhoef, 2017).

4.3 Geriatrisches Assessment

Ebenso wie das multiprofessionelle Team ist auch die Verwendung strukturierter geriatrischer Assessmentverfahren durch den OPS 8-55 vorgeschrieben. Diese umfassen die Bereiche der Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Emotion sowie im Sozialassessment die Bereiche der soziales Umfeld,

Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege- / Hilfsmittelbedarf und rechtliche Verfügungen.

Die Verwendung strukturierter Assessments ist sowohl in der Wissenschaft als auch in der evidenzbasierten Medizin ein fester Bestandteil des Handlungsspektrums geworden, im Rahmen der Geriatrie spricht man hier von geriatrischen Assessments. In der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur ist in diesem Zusammenhang vom „comprehensive geriatric assessment“ die Rede (GCA), dem umfassenden geriatrischen Assessment.

In Deutschland wurden durch die „Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment“ (AGAST) Standardassessments definiert, die zum größten Teil immer noch Gültigkeit haben (Borchelt, Wrobel, & Trilhof, 1995). Im Folgenden sollen einige dieser Assessments genauer besprochen werden. Für alle Interessierten sei die Internetseite der AGAST empfohlen, auf der auch die weiteren Assessments der geriatrischen Assessments beschrieben werden (<http://www.geriatrie-drq.de/dkger/main/agast.html>).

Unabhängigkeit im alltäglichen Leben

Die Unabhängigkeit im Alltag wird im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung mit Hilfe des so genannten Barthel-Index (BI) gemessen. Der BI wird im eigentlichen Sinn dazu verwendet, die Pflegebedürftigkeit eines Menschen zu erfassen. Der BI wird durch Fremdanamnese erhoben und fragt Fähigkeiten in 10 Bereichen des täglichen Lebens ab (Tabelle 5).

Als Gesamtscore kann der BI zwischen 0 und 100 Punkten ergeben, wobei – wie aus Tabelle 5 zu erkennen ist – nicht alle Zahlen in diesem Bereich erreicht werden können.

Für die Anwendung des BI stehen, neben den Standardanweisungen, noch das so genannte Hamburger Manual zur Verfügung, in dem die Kriterien zur Vergabe einer bestimmten Punktzahl sehr detailliert beschrieben wurden. Diese Maßnahme führt zu einer sehr hohen Standardisierung des BI und somit grundsätzlich zu einer besseren Vergleichbarkeit, jedoch nur dort, wo das Hamburger Manual auch verwendet wurde. Vergleiche zwischen der Standardanwendung und dem Hamburger Manual sind jedoch erschwert oder sogar nicht mehr möglich. Im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung im Rahmen einer geriatrischen Rehabilitation spielt dies jedoch eine untergeordnete Rolle

und die verbesserte Standardisierung hilft auch im geriatrischen Behandlungsteam zu einem besseren Verständnis.

Tabelle 5: Messbereiche des Barthel-Index (BI)

Bereich des täglichen Lebens	Zu vergebende Punkte
Essen und Trinken	0, 5, 10
Baden oder Duschen	0, 5
Körperpflege	0, 5
An- und Ausziehen	0, 5, 10
Stuhlkontrolle	0, 5, 10
Benutzen der Toilette	0, 5, 10
Transfer in/aus Stuhl/Bett	0, 5, 10, 15
Mobilität	0, 5, 10, 15
Treppen steigen	0, 5, 10

Zusätzlich existieren noch zwei weitere Varianten des BI: Der Früh-Reha-BI (FRBI) und der erweiterte BI (eBI). Der FRBI wird bei sehr stark betroffenen Patienten verwendet (beispielsweise dauerbeatmeten Menschen), während der eBI noch zusätzlich kognitive Funktionen abprüft.



Manual des BI und weiterer Verweis auf das Hamburger Manual:

<http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=443>

Mobilität

Die Mobilität geriatrischer Patient_innen wird im Rahmen der AGAST-Empfehlungen mit zwei Assessmentverfahren erfasst, dem so genannten Tinetti-Test (TT) und dem Timed UP&Go Test (TUG). Beide Testverfahren sind in der Geriatrie etabliert und können dort als Standardassessments angesehen werden. Beide Tests sind aber auch mit einigen Problemen behaftet.

Der Tinetti-Test besteht aus einer Reihe von kurzen Tests, die entweder die statische oder die dynamische Balancefähigkeit beurteilen. Die einzelnen Tests werden jeweils auf einer Punkteskala beurteilt und die Punkte jeweils für die einzelnen Bereiche und als Gesamtscore zusammen gezählt. Somit kann im Verlauf einer Rehabilitation die Entwicklung der Balancefähigkeit gut

beurteilt werden und die Ergebnisse der einzelnen Tests als Grundlage für die Therapieplanung verwendet werden. Problematisch ist jedoch, dass eine ganze Reihe verschiedener Versionen des TT existieren, die jeweils über eine unterschiedliche Anzahl von Testitems und einer jeweils unterschiedlichen Anzahl von zu erreichenden Punkten (Köpke & Meyer, 2006). Zusätzlich weist der TT für einige der Testitems eine nur unbefriedigende Inter-Rater-Reliabilität auf (Cipriany-Dacko, Innerst, Johannsen, & Rude, 1997).

Dem gegenüber besteht der „Timed-Up&Go Test“ (TUG) aus einer einzelnen Messung der Mobilität, bei der verschiedene funktionelle und koordinative Fähigkeiten in einem einzelnen Test zusammengefasst sind. Der TUG wurde bei verschiedenen Patientengruppen höheren Alters untersucht und hat sich in diesen Studien als valide und reliabel erwiesen (Podsiadlo & Richardson, 1991; Shumway-Cook, Brauer, & Woollacott, 2000). Zu Beginn der Messung sitzt der Proband auf einem Stuhl mit Armlehnen, der Rücken ist an die Stuhllehne angelehnt. Auf ein Signal hin steht der Studienteilnehmer auf, legt eine Strecke von 3 Metern zurück, dreht sich um und kehrt wieder zu dem Stuhl zurück. Gemessen wird die Zeit von der Signalgebung bis zum erneuten Sitzen mit Anlehnen. Der Abstand von 3 Metern wird markiert, zumeist mit einer Linie auf dem Boden.

Der TUG ist durch seine einfache Anwendung und hohe Standardisierung sehr gut für eine Anwendung in der Geriatrie geeignet und weist nicht die Probleme des TT auf. Problematisch ist hier eher die Interpretation der gemessenen Zeit, da es aufgrund der unterschiedlichen motorischen Anforderungen für die Messperson während des Tests schwierig ist, alleine aus dem Zeitwert Rückschlüsse für die geeigneten therapeutischen Maßnahmen ableiten zu können.



Aufgabe 6:

Bilden Sie 4 Gruppen. Jede Gruppe wählt ein für die Geriatrie validiertes Assessmentverfahren zur Beurteilung der Mobilität anhand einer Literaturrecherche. Jede Gruppe sollte ein unterschiedliches Assessmentverfahren wählen.

Erläutern Sie dieses Assessmentverfahren anhand eines Videos oder eines Plotagens (auch eine Kombination aus beidem ist möglich). Die Erläuterung sollte folgende Punkte beinhalten:

8. Hintergrund und Zielsetzung des Assessmentverfahrens
9. Validität und Anwendungsbereich
10. Durchführung und Standardisierung
11. Auswertung und Interpretation



TT: [https://kcgeriatrie.de/Assessments in der Geriatrie/Seiten/Bereich - Mobilit%C3%A4t.aspx](https://kcgeriatrie.de/Assessments%20in%20der%20Geriatrie/Seiten/Bereich%20-%20Mobilit%C3%A4t.aspx)

TUG: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=370>

Assessment des Sturzrisikos

Wie bereits besprochen stellen Stürze eine hohe Gefahr für die Gesundheit und die Fähigkeit eines unabhängig geführten Lebens für ältere Menschen dar. Entsprechend wichtig ist es, bestehende Sturzrisiken rechtzeitig erfassen zu können. Dies stellt jedoch aufgrund der vielfältigen Faktoren, die in der Entstehung eines Sturzes eine Rolle spielen, eine große und bislang nur unvollständig gelöste Herausforderung dar.

Viele Assessmentinstrumente erfassen spezifische Sturzrisiken, beispielsweise eine eingeschränkte Mobilität und Balancefähigkeit. Hier wurde eine ganze Reihe von Instrumenten auf ihre Fähigkeit, künftige Stürze vorher zu sehen, untersucht, so auch beispielsweise der TUG. An diesem lassen sich die Probleme einer solchen Prädiktivität gut beobachten.

Verschiedene Studien zeigen, dass der TUG nur über eine eingeschränkte Sensitivität und Spezifität zur Vorhersage eines zukünftigen Sturzereignisses verfügt. In einer Studie von Haines et al. (2008) war der TUG nicht in der Lage, zukünftige Stürze in einer geriatrischen Klinik mit ausreichender Sicherheit vorherzusagen (Haines, Kuys, Morrison, Clarke, & Bew, 2008). In anderen geriatrischen Settings, beispielsweise bei selbstständig lebenden älteren Menschen

erwies sich die Prädiktivität im Vergleich dazu als wesentlich besser (Shumway-Cook et al., 2000).

Dies zeigt, dass ein Testverfahren in verschiedenen Testsituationen unterschiedlich gut geeignet sein kann. Dies ist auch der Grund, warum Validierungsstudien für strukturierte Assessments immer nur settingpezifisch Gültigkeit haben können. Entsprechend müsste, um den vielfältigen Problemfeldern in der Geriatrie gerecht zu werden, eine ganze Reihe von jeweils spezifischen Studien durchgeführt werden, die alle eine ausreichende Validität des TUG nachweisen müssten. Dies ist aber kaum möglich. Hinzu kommt, dass der TUG ja, wie bereits erwähnt, ein Testverfahren zur Beurteilung der Mobilität und Balancefähigkeit ist und aufgrund seines Testaufbaus tiefergehende Interpretationen über die Gründe einer gemessenen Mobilitätseinschränkung gar nicht zulässt. Gleichzeitig wissen wir bereits, dass die Ursachen für einen Sturz immer multifaktoriell sind. Basierend auf diesem Wissen kann aber ein einzelner Test, der naturgemäß nur einen Teilbereich dieses Ursachengemischs abbildet, auch nicht eine wirklich sichere Prognose über die zukünftige Sturzgefahr leisten.

Entsprechend muss eine wirklich sinnvolle Beurteilung eines Sturzrisikos die vielfältigen und gleichzeitig auftretenden Ursachen für einen Sturz mit berücksichtigen, wobei der Beurteilung der Mobilität und Balancefähigkeit durchaus eine zentrale Rolle zukommt.

Bereits im Jahr 2001 wurde durch mehrere geriatrische Fachgesellschaften eine Leitlinie herausgegeben, in der eine Vorgehensweise zur rechtzeitigen Identifikation von älteren Patient_innen mit einem relevanten Sturzrisiko vorgestellt wurde ("Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention," 2001). Obwohl sich diese Leitlinie im Wesentlichen an Ärzt_innen richtet, kann insbesondere die im Folgenden detailliert dargestellte Identifikation von sturzgefährdeten älteren Menschen auch sehr gut auf andere Berufsgruppen der Gesundheitsberufe angewendet werden.

Der Ausgangspunkt ist die Befragung sich in Behandlung befindlichen aller Patient_innen, ob sie im letzten Jahr gestürzt sind. Wie wir bereits wissen ist ein vorangegangener Sturz ein guter Indikator für einen zukünftigen Sturz.

Liegt ein solcher (einzelner) Sturz vor, erfolgt eine Bewertung der Balancefähigkeit und Mobilität mit Hilfe eines strukturierten Assessmentverfahrens. Zeigen sich hier Defizite, erfolgt eine umfangreichere Sturzrisikoevaluation. Ebenso erfolgt eine solche umfassende Untersuchung, wenn der oder die Betroffene entweder mehrmals gestürzt ist oder sich ausdrücklich aufgrund eines Sturzes bzw. der Folgen eines Sturzes in Behandlung befindet. Die grafische Darstellung dieser Vorgehensweise als Diagramm kann in Abbildung 15 nachvollzogen werden.

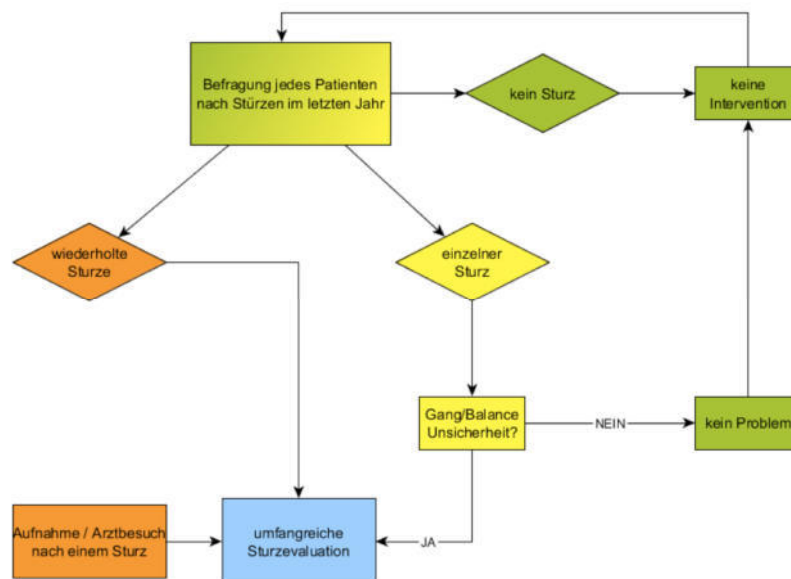


Abbildung 15: Identifikation von sturzgefährdeten älteren Menschen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der ("Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention," 2001)

In einer umfangreichen Sturzrisikoevaluation sollen nun anschließend Screening-Tests für alle Bereiche, die mit einem Sturzrisiko einhergehen können, durchgeführt werden und ggf. dort wo diese Tests positiv sind, genauere Untersuchungen folgen. Anschließend wird, basierend auf den so erkannten individuellen Risikofaktoren des Patienten, eine Gesamtstrategie durch ein multidisziplinäres Team erarbeitet und umgesetzt (Abbildung 16). Dabei ist zu beachten, dass die Aufzählung der in Abbildung 16 genannten Berufsgruppen als exemplarisch zu verstehen ist, die genaue Zusammensetzung des Teams richtet sich nach den gefundenen Problemfeldern und kann je nach Patient_in

variieren. Schließlich ist es noch wichtig zu berücksichtigen, dass jede entwickelte Strategie zum Ziel haben soll, die körperliche Aktivität des Patienten dauerhaft zu steigern.

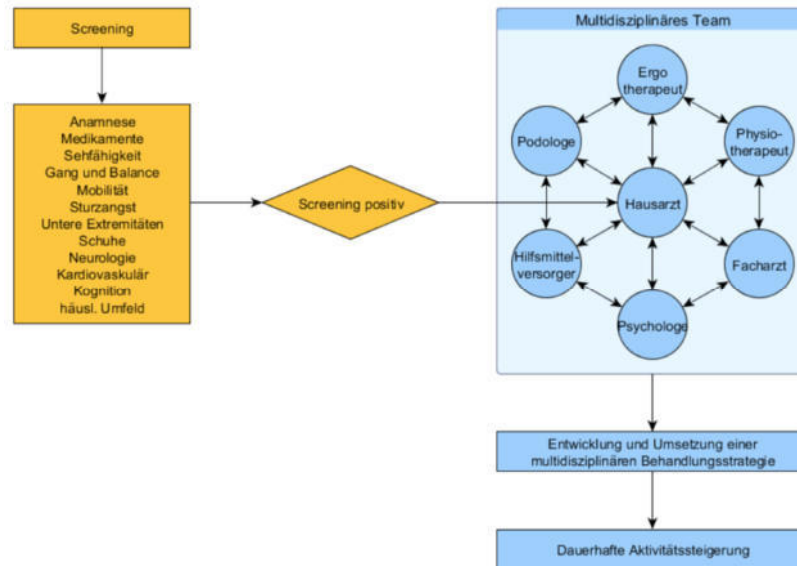


Abbildung 16: multidisziplinäres Behandlungskonzept für sturzgefährdete ältere Menschen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der ("Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention," 2001)



Aufgabe 7: Problemorientiertes Lernen:

Stellen Sie einen oder eine typische(n) geriatrische(n) Patient_in vor. Die initiale Vorstellung sollte aus einer Anamnese sowie einer Beschreibung seiner/ihrer sozialen und familiären Situation sowie aus bestehenden Symptomen der Sturzgefahr bestehen.

Anhand der Beschreibung sollen die anderen Seminarteilnehmer geeignete Testverfahren vorschlagen, mit denen die Sturzgefahr in diesem Fallbeispiel beurteilt werden kann. Welche dieser Testverfahren können Sie selber durchführen, für welche Testverfahren sind Sie auf Kolleg_innen aus einem multiprofessionellen Team angewiesen?

Berücksichtigen Sie bei der Auswahl der Assessmentverfahren nicht nur ihre eigenen Kompetenzen, sondern wählen die Tests auch nach Gesichtspunkten wie Anwendbarkeit, zur Verfügung stehender Zeit usw. aus.

Begründen Sie Ihre Wahl!

Die Ergebnisse dieser POL-Fälle können darüber hinaus in das [Glossar](#) einfließen!

4.4 Partizipative Entscheidungsfindung in der Geriatrie

In den vergangenen Jahren hat die Thematik einer stärkeren Patientenorientierung und -Einbeziehung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Für die Qualitätssicherung ist die Patientenzufriedenheit und -partizipation von großer Bedeutung (D. Klemperer, 2005). Aber auch Patient_innen selbst fordern vermehrt, sich aktiv an ihre Gesundheit und Behandlung betreffenden Entscheidungen beteiligen zu können (D. Klemperer, 2005). Es vollzieht sich ein langsamer Wandel zu einem gleichberechtigten Behandlungs- und Einbeziehungsprozess zwischen Patient_in und Arzt bzw. Ärztin, aber auch mit anderen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung. Dabei findet die Einbeziehung von Patient_innen in den Entscheidungs- und/oder Behandlungsprozess auf verschiedenen Ebenen statt. Hierzu gehören gemeinsame Entscheidungsprozesse im Gespräch zwischen Patient_in und dem jeweiligen Versorger (Arzt/Ärztin, Therapeut_in, Pflegekraft, Hebamme...), aber auch die Befähigung und die Anleitung von Patient_innen zur (weitestgehend) eigenständigen Versorgung ihrer aktuellen Gesundheits- oder Erkrankungssituation (Dent & Pahor, 2015). Dies gilt besonders für langwierige oder chronische Krankheitsprozesse. Darunter fallen somit auch geriatrische Patientinnen bzw. ältere Patient_innen, deren medizinische Versorgung zur Mehrzahl der notwendigen Entscheidungsprozesse zwischen Ärzt_innen und Patient_innen führt (Strube & Steger, 2012). In einer Untersuchung Schweizer Ärzte und Ärztinnen zeigte sich jedoch, dass der Wunsch von Patient_innen nach Beteiligung und Informationen häufig unterschätzt wird (Fischer, 2008). Es ist weder anzunehmen dass diese Situation in Deutschland grundlegend anders ist noch dieses Defizit auf nicht-ärztliche Berufsgruppen weniger zutrifft.

Aufgrund der Besonderheiten (im medizinischen Sinn) von geriatrischen Patient_innen ergeben sich in der Gestaltung der Einbeziehung eigene Bedürf-

nisse und damit verbundene Vorgehensweisen. Lyttle und Ryan (2010) konnten anhand einer Literaturanalyse sieben Themenfelder identifizieren, die einen Einfluss auf die Partizipation älterer Menschen in der Gesundheitsversorgung haben (Lyttle & Ryan, 2010):

1. Autonomie und Ermächtigung
2. Konzept der Partizipation
3. Bedürfnis nach Partizipation
4. Erwartungen der Patient_Innen
5. Nutzen der Partizipation
6. Einflussfaktoren auf die Partizipation
7. Voraussetzungen für eine Partizipation

Eine weitere Studie im Rahmen eines europaweiten Forschungsprojekts (Kiselev, Suija, Oona, Mellenthin, & Steinhagen-Thiessen, 2018) untersuchte diese Themenfelder weiter und soll hier exemplarisch dazu dienen, die Patientenpartizipation bei geriatrischen Patient_innen besser verstehen zu lernen.

Autonomie und Ermächtigung

Die Patientenautonomie stellt die Grundlage der gemeinsamen Entscheidungsfindung und insgesamt des patientenzentrierten Handelns dar. Der Begriff der Autonomie ist einer der Schlüsselbegriffe moderner (westlich geprägter) Gesellschaften, er bedeutet nicht weniger als die Möglichkeit, Handlungen alleine durch das eigene Wollen autorisieren zu können. Autonomie ist also die Grundlage selbstbestimmten Handelns. Selbstverständlich sind die Selbstbestimmtheit und damit auch die eigene Autonomie in jeder Gesellschaft eingeschränkt, beispielsweise auf Grundlage von Gesetzen, aber auch weniger expliziten gesellschaftlichen Vereinbarungen. Im medizinischen Setting stellt der Begriff der Patientenautonomie auf Grundlage des allgemeinen Autonomiebegriffs also zunächst einmal die Anerkennung des Rechts aller Patient_innen dar, Entscheidungen zu Behandlungen (oder Nicht-Behandlungen) selbstbestimmt treffen zu dürfen (Wiesemann & Simon, 2013).

Ausgehend von dieser Idee stellt sich jedoch die Frage, wo – wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen – die Grenzen einer solchen Autonomie sind. Solche Diskussionen haben sich in der Vergangenheit am Recht auf Abtreibung oder Sterbehilfe entzündet und tun dies immer wieder an der Frage nach der Einführung einer Impfpflicht, um nur einige plakative Beispiele zu nennen. Zudem stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen ein Mensch benötigt,

um überhaupt eine selbstbestimmte und informierte Entscheidung, die seine eigene Gesundheit (oder, noch weitreichender, die eines Kindes oder anderen nahen Angehörigen, der diese Entscheidung selbst nicht treffen kann) betreffen. Teil der Anerkennung der Patientenautonomie muss es entsprechend sein, Patient_innen diese Informationen in geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auch und im Besonderen für geriatrische Patient_innen. Dazu im Weiteren gleich mehr.

Konzept der Partizipation

Die Einbeziehung von Patient_innen in eine anstehende Entscheidung sowie die sich daraus ergebenden Behandlungsschritte folgen im Allgemeinen einer festen Struktur im Rahmen eines Gesprächs. Hierbei sind insgesamt 6 Handlungsschritte definiert worden, die in Tabelle 6 zusammengefasst sind.

Tabelle 6: Gesprächsablauf eines Gesprächs zur partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)

Handlungsschritt	Beschreibung
Problemdefinition	Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
Gleichberechtigung („equipoise“)	Gleichberechtigung der Partner sowie der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten formulieren
Behandlungsmöglichkeiten beschreiben	Über Optionen und deren Vor- und Nachteile informieren
Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen	Die Sicht des Patienten / der Patientin mit einbeziehen
Präferenz klären und Entscheidungsfindung	Beteiligungswunsch ermitteln und Entscheidung herbeiführen
Vereinbarungen treffen	Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Quelle: (Dirmaier & Härter, 2016)

Bedürfnis nach Partizipation

Die Untersuchung von Kiselev et al. (2018) zeigte deutlich, dass ältere Menschen sehr unterschiedliche Bedürfnisse nach Partizipation und Einbeziehung

in medizinische Entscheidungsprozesse haben. Während in anderen Patientengruppen das Bedürfnis nach Einbeziehung und verbesserter Informationsbereitstellung in neuerer Zeit ein insgesamt höheres Niveau erreicht hat, fiel die untersuchte Gruppe älterer Menschen mit und ohne akuten Behandlungsbedarf durch eine sehr breite Streuung dieser beiden Bedürfnisse auf. Dies ist im Einklang mit anderen Untersuchungen und Darstellungen zu dem Thema, beispielsweise im Rahmen eines Berichts der Bertelsmann Stiftung (David Klemperer & Rosenwirth, 2005). Dies bedeutet, dass man im Versorgungsalltag der Geriatrie Menschen mit ganz unterschiedlichen Vorstellungen und Bedürfnissen darüber, wie weit sie in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen werden wollen, begegnen wird. Die Studie zeigte aber auch, dass es offensichtlich Schwierigkeiten darin gibt, diejenigen Patient_innen mit einem hohen Einbeziehungsbedürfnis zielsicher identifizieren zu können, dies galt für alle einbezogenen Berufsgruppen. Entsprechend wichtig ist die bereits oben beschriebene Identifizierung des Partizipationsbedürfnisses der Patient_innen im jeweiligen Gespräch sowie, wie im weiteren klar werden wird, auch die Gründe für die jeweilige Haltung dieser Patient_innen.

Erwartungen der Patienten

In der Studie von Kiselev et al. (2018) wurden mehrere Gruppen von Patient_innen in einem geriatrischen Krankenhaus zu ihren Vorstellungen und Wünschen in der Einbeziehung in medizinische Prozesse interviewt. Hier zeigten sich einige für die Gestaltung und Durchführung einer patientenzentrierten Entscheidungsfindung interessante Punkte (Kiselev et al., 2018). So zeigten sich einige Patient_innen darüber besorgt, dass ihnen bestimmte Informationen vorenthalten werden könnten, um eine Entscheidungsfindung in eine bestimmte Richtung zu lenken. Entsprechend wurde der Informationsprozess, der ältere Menschen mit ihren häufig komplexen Versorgungssituationen adäquat über ihre Möglichkeiten informiert, als zentral benannt und stellte aus Patientensicht die zentrale Voraussetzung dar, um überhaupt eine autonome und informierte Entscheidung treffen zu können. In einer anderen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass eine adäquate Informationsbereitstellung mit Hilfe von Broschüren oder im Rahmen eines Patientengesprächs zu einem vermehrten und adäquateren Nachfragen in Arzt-Patienten-Gesprächen und ei-

nem generell aktiveren Verhalten in solchen Situationen führte (Wetzels, Harm- sen, Van Weel, Grol, & Wensing, 2007). Insbesondere Broschüren können hier hilfreich sein. In einer Untersuchung der Bertelsmann Stiftung gaben mehr als 50% der befragten Ärzt_innen an, dass die Arbeit mit informierten Patient_innen ihre Arbeit belasten würden, jeder vierte klagte über zu wenig Zeit, um auf alle Informationsbedürfnisse eingehen zu können (David Klemperer & Rosen- wirth, 2005). Dem gegenüber wurden schriftliche Informationen insgesamt als sehr nützlich empfunden (Abbildung 17).

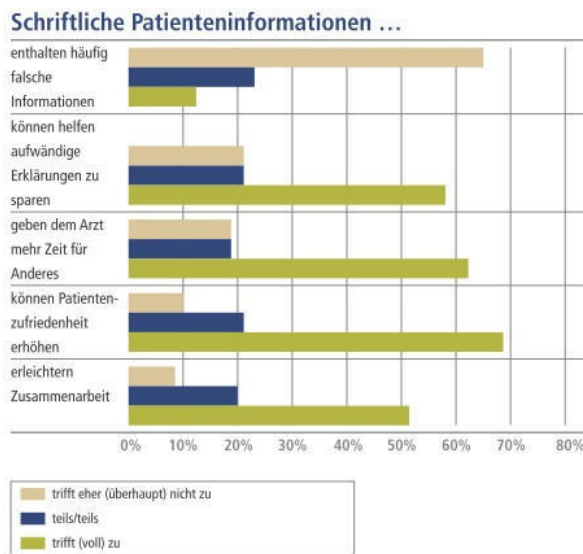


Abbildung 17: Einschätzung des Nutzens schriftlicher Patienteninformationen

Quelle: (David Klemperer & Rosenwirth, 2005)

Nutzen der Partizipation

Ein funktionierender Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung hat viele Vorteile. Auf der individuellen Ebene führt ein solcher Prozess zu einer höheren Nachvollziehbarkeit und somit zu einem höheren Grad an Vertrauen durch die Patienten gegenüber den sie behandelnden Ärzt_innen, Therapeut_innen und Pflegekräften (Kiselev et al., 2018). Dies bedeutet letztlich, dass ältere Menschen – und darin unterscheiden Sie sich nicht von jüngeren Patient_innen – die Gründe für bestimmte vorgeschlagene Interventionen kennen und nachvollziehen wollen. Dies führt jedoch nicht nur zu einem besseren Vertrauensverhältnis, in einem umfassenden Review konnte auch gezeigt werden, dass gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse die Medikamentenadhärenz verbessert (Banning, 2008). In anderen Bereichen fehlen leider bis

heute entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen, dabei ist zudem zu beobachten, dass sich bestehende Untersuchungen zu den Effekten der partizipativen Entscheidungsfindung auf die Interaktion zwischen Ärzt_innen und Patient_innen fokussiert und therapeutische und pflegerische Prozesse deutlich unterrepräsentiert sind. In der bereits erwähnten Studie der Bertelsmann Stiftung gaben jedoch die überwältigende Mehrheit der befragten Patienten an, dass sie von Ärzt_innen erwarten, dass diese an ihre Fragen interessiert seien (89%) und ihnen das (medizinische) Problem gut erklärt wird (98%) (David Klemperer & Rosenwirth, 2005). Der größte Nutzen liegt entsprechend vielleicht darin, dass eine Einbeziehung von Patient_innen in Entscheidungen der medizinischen Versorgung zu einem positiveren Verhältnis zwischen den beiden Gesprächspartner_innen führt. Auch hier fehlen wieder umfangreichere Untersuchungen zu nichtärztlichen Berufsgruppen, die Ergebnisse der Studie von Kiselev et al. (2018) legen jedoch nahe, dass aus Patientensicht hier kein relevanter Unterschied besteht.

Einflussfaktoren auf die Partizipation

Dieser Punkt bezieht sich im Wesentlichen auf die Rahmenbedingungen, unter denen eine gemeinsame Entscheidungsfindung stattfindet. Hier kann naheliegenderweise zunächst einmal festgehalten werden, dass jede Form der Partizipation in einer für die Zielgruppe der jeweiligen Patient_innen geeigneter Weise erfolgen muss, um erfolgreich zu sein. Viele dieser Dinge sind in den vorherigen Punkten bereits besprochen worden. Als wichtigster Punkt muss jedoch wiederholt der Einfluss eines offenen, transparenten und nachvollziehbaren Gesprächs- und Informationsverlaufs auf das Vertrauen des bzw. der Patient_in genannt werden. Der zweite wichtige Faktor, der Einfluss auf die Möglichkeit der Partizipation von älteren Patient_innen hat, ist die zur Verfügung stehende Zeit sowie das subjektive Gefühl der Patient_innen, wirklich eine Wahl zu haben (Kiselev et al., 2018; D. Klemperer, 2005).

Darüber hinaus hat offensichtlich die subjektive Gesundheitskompetenz einen Einfluss darauf, ob ein älterer Mensch an einer partizipativen Entscheidungsfindung teilnehmen möchte oder nicht. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besteht die Gesundheitskompetenz aus 4 Domänen, nämlich dem Erhalt, dem Verständnis, der Bewertung und der Umsetzung ge-

sundheitsrelevanter Informationen (WHO Europe, 2014). Dabei unterteilen Manafo und Wong (2012) für die Zielgruppe der älteren Menschen die definierten Grundelemente der Gesundheitskompetenz in die Bereiche der funktionellen und der interaktiven Gesundheitskompetenz. Ersteres ist definiert als die Fähigkeit, relevante Informationen zur eigenen Erkrankung zu erlangen während die interaktive Gesundheitskompetenz definiert ist als die Kapazität, diese Informationen zu verstehen und zu nutzen (Manafo & Wong, 2012). Im Rahmen dieses Reviews konnte gezeigt werden, dass eine gute interaktive Gesundheitskompetenz einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit der älteren Menschen mit der Gesprächsführung führte. Es ist also nicht damit getan, älteren Menschen Informationen bereit zu stellen, es muss auch gewährleistet werden, dass diese Informationen verstanden werden und in den Alltag der jeweiligen Patient_innen integriert werden können. Dabei wird jedoch, wie in anderen Bereichen der Altersmedizin auch, die Gesundheitskompetenz durch sozioökonomische Faktoren wie dem Bildungsstand, dem Einkommen und der Art der beruflichen Tätigkeit, aber auch durch einen niedrigen psychischen und körperlichen Zustand negativ beeinflusst wird (Cutilli, 2007).

Voraussetzungen für eine (erfolgreiche) Partizipation

Wie zu sehen ist, existieren eine Vielzahl von Komponenten, die zusammen eine erfolgreiche partizipative Entscheidungsfindung ausmachen. Zusätzlich reichen diese Komponenten weit in andere Bereiche der patientenzentrierten Versorgung hinein, hierzu zählt unter anderem auch die Selbst-Management-Befähigung zur Versorgung der eigenen chronischen Erkrankung(en) und die Gesundheitskompetenz. Wie sich in unterschiedlichen Untersuchungen gezeigt hat, gibt es jedoch nicht nur auf der Seite der Patient_innen Probleme, sondern auch auf der Seite der in den Gesundheitsberufen Arbeitenden. So tendierten Ärzt_innen und Therapeut_innen in Interviews dazu, die Einbeziehung von älteren Patient_innen von ihrer eigenen Einschätzung der Einbeziehungsbereitschaft des oder der Patient_in abhängig zu machen (Kiselev et al., 2018). Darüber hinaus wurden in dieser Untersuchung Einbeziehungen eher aufgabenspezifisch initiiert, während Patient_innen in diesen Interviews exakt dies bemängelten.

Solche Probleme stellen jedoch in keinem Fall ein individuelles Versagen dar, sondern sind Ausdruck fehlender Ausbildungen in Gesprächsführung und

Kommunikation mit einem besonderen Fokus auf gemeinsame Entscheidungsfindungen oder Vermittlung von Gesundheitskompetenzen. Entsprechend wurden bereits 2005 verschiedene dahingehende Forderungen zur verbesserten Einbeziehung von Patient_innen gestellt (David Klemperer & Rosenwirth, 2005):

- Einbeziehung kommunikativer Kompetenzen in den Lehrplan
- Pflichtfortbildungen in Kommunikationstraining
- Patientenbeteiligung als obligater Bestandteil der Qualitätssicherung in Krankenhäusern und ambulanter Versorgung
- Patientenbeteiligung als obligater Bestandteil in Verträgen über neue Versorgungsformen
- Einbeziehung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Bereitstellung patientengerechter, zuverlässiger und unabhängiger Informationen
- Förderung von Grundlagenforschung zu patientenzentrierter Versorgung
- Durchführung von sensitiven Interventionen nur nach Durchführung eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses

Dieser Forderungskatalog bezog sich schwerpunktmäßig auch die Ausbildung und das professionelle Handeln von Ärzt_innen, es gibt aber keinen Grund, diese Forderungen nicht ebenso für die weiteren Berufe der Gesundheitsversorgung zu stellen.



Aufgabe 8:

Erstellen Sie eine Informationsbroschüre, in der Sie ältere Menschen über die Idee und die Prinzipien einer partizipativen Entscheidungsfindung aufklären, sowie den Ablauf eines solchen Gesprächs und die Rolle aller Beteiligten darin erläutern.

Die Broschüre sollte in einem von Ihnen definierten Setting (Geriatrie, Ambulanz, Rehabilitation etc.) stattfinden und berufsgruppenspezifische Informationen in diesem Setting enthalten.

Bilden Sie zu diesem Zweck Gruppen für jede der in der Seminargruppe repräsentierten Berufsgruppen (Die Gruppen müssen dabei nicht ausschließlich aus Angehörigen der jeweiligen Berufsgruppe bestehen).

4.5 Patient_innen mit Demenz

4.5.1 Was ist Demenz?

Der Begriff der Demenz wird leider, auch im Bereich der Patientenversorgung, häufig unscharf und widersprüchlich verwendet. Deswegen auch hier zunächst mal eine Definition aus dem ICD-10:



ICD-10-Definition: Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßserkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.

Aus dieser Definition geht schon hervor, dass es sich bei einer Demenz nicht um eine einzelne Krankheit, sondern um eine Symptomgruppe handelt, deren gemeinsamer Nenner die Einbußen kognitiver Kapazitäten bei den Betroffenen ist. Die häufigste Form der Demenz ist die so genannte Alzheimer-Erkrankung, gefolgt von der vaskulären Demenz und dem Mischtyp aus den beiden vorgenannten. Weitere, seltenere Formen der Demenz stellen die Lewy-Körperchen-Demenz (Lewy-Body-Demenz), Demenz infolge einer Parkinson-Erkrankung oder auch das Korsakow-Syndrom dar.

Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts liegt die Prävalenz der Demenz bei 1,0 bis 1,6 / 100.000 Einwohnern in der Altersgruppe der 65-69-jährigen und steigt auf Werte zwischen 37,7 und 44,8 / 100.000 Einwohner bei älteren Menschen über 95 Jahren (Weyerer, 2005). Demenzen in jüngeren Jahren sind zwar bekannt, jedoch sehr selten; somit zählt die Demenz zu den typischen Erkrankungen des (höheren) Alters.

Die Entwicklung dementieller Einschränkungen erfolgt zumeist langsam, häufig vergeht eine längere Zeit, in der entweder keine Symptome erkennbar sind oder diese so diffus sind, dass sie nicht mit einer dementiellen Erkrankung in Verbindung gebracht werden.

Typische Symptome einer Demenz sind:

- Störungen des Gedächtnisses
- Störungen des Denkens, der Orientierung (zeitlich, örtlich, zur Person)
- Verminderte Lern- und Anpassungsfähigkeit

Bei schweren Demenzen kommt noch hinzu:

- Störungen der Sprache, Sprech- und Lesevermögen
- Emotionale und affektive Störungen
- Verlust der Fein- und Körpermotorik

Dabei sind insbesondere die ersten drei Punkte in verschiedenen Mischformen und auch in milderer Formen erste Hinweise einer beginnenden Demenz. Um eine dementielle Erkrankung von nicht-dementiellen Störungen (beispielsweise normaler Alterserscheinungen) unterscheiden zu können, spricht man von einer Demenz, wenn die Symptome für mindestens 6 Monate bestehen.



Aufgrund der (in den meisten Fällen) langsamen Progredienz einer Demenz bleibt die Erkrankung häufig lange Zeit unentdeckt, auch wenn schon erste Symptome bei den Betroffenen sichtbar sind. Diese werden jedoch besonders vom direkten sozialen Umfeld der Betroffenen entweder nicht wahrgenommen oder falsch interpretiert. So werden die Symptome der Demenz sowohl von dem älteren Mensch als auch seinen Angehörigen häufig bagatellisiert und als „normal“ empfunden. Erst in der retrospektiven Betrachtung nach einer klaren Diagnose werden die ersten Stadien dann als erste Zeichen verstanden. Dies ist einerseits verständlich, andererseits verhindert diese fehlende Sensibilität eine frühzeitige Behandlung und Begleitung der alten Menschen.

Diese wiederum versuchen häufig, ihre nur diffus wahrgenommenen Probleme durch Veränderungen und Vereinfachung von Tagesabläufen, Vermeidung von überfordernden Situationen und ähnlichem zu kompensieren. Diese Kompensation gelingt besonders zu Beginn der Erkrankung häufig erstaunlich gut, später jedoch zunehmend weniger.

4.5.2 Behandlung von Patienten mit Demenz

Aufgrund der hohen Prävalenz dementieller Erkrankungen mit zunehmendem Alter ist es in der Geriatrie nahezu unausweichlich, im Arbeitsalltag Patient_innen mit dementiellen Symptomen und Erkrankungen zu begegnen. In der Arbeitsgestaltung mit solchen Patient_innen muss man nun aber zwei sehr unterschiedliche Zielsetzungen voneinander unterscheiden:

1. Behandlung der Demenz
2. Arbeiten mit and Demenz erkrankten Patient_innen

Behandlung der Demenz

Auch nach aktuellem Stand der Wissenschaft lässt sich eine einmal manifestierte Demenz nicht heilen. Damit reiht sich die Demenz in die zahlreichen anderen altersassoziierten Erkrankungen ein, bei denen entweder die Prävention der Entwicklung oder aber die Verlangsamung der Progredienz bzw. die Linderung vorhandener Symptome im Vordergrund stehen muss.

Im Fall der Demenz gibt eine zunehmende Evidenz dafür, dass auch hier die zuvor bereits besprochenen Risikofaktoren für altersassoziierte Erkrankungen eine große Rolle in der Entwicklung und weiteren Verlauf spielen.

Entsprechend kann zusammenfassend konstatiert werden (Abbildung 18), dass die Vermeidung von Übergewicht, Bluthochdruck, Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum und Diabetes sowie eine regelmäßige körperliche Aktivität protektiv auf die Entwicklung einer Demenz wirken (Baumgart et al., 2015).

Als Besonderheit kommen jedoch noch weitere Faktoren hinzu. So spielt zum Beispiel der eigene Bildungsgrad eine zusätzliche protektive Rolle, während Depressionen, Schlafstörungen oder Verletzungen des Gehirns weitere Risikofaktoren darstellen.

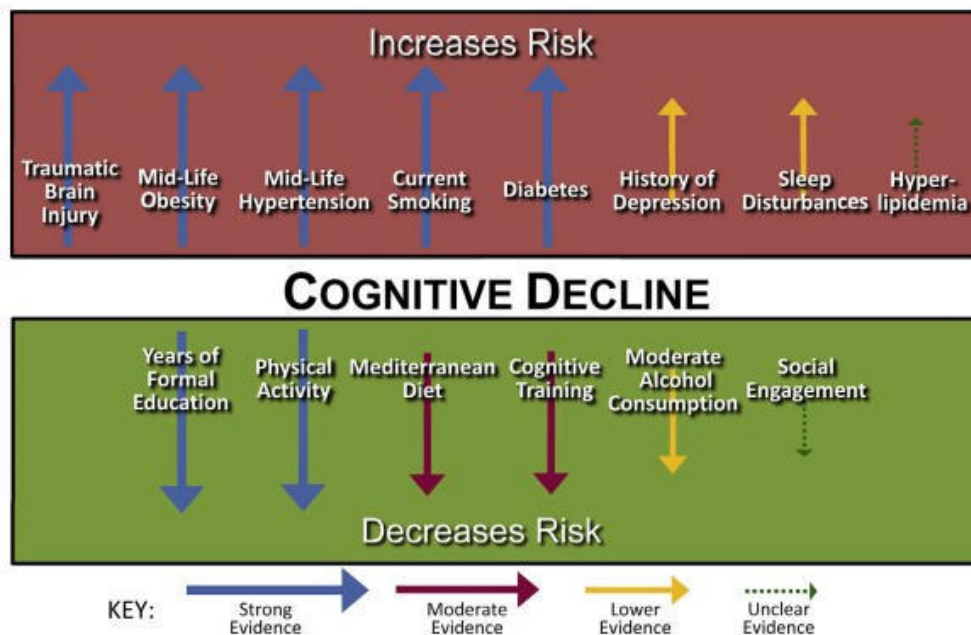


Abbildung 18: Begünstigende und protektive Faktoren für die Entwicklung einer Demenz

Quelle: (Baumgart et al., 2015)

Trotzdem lässt sich insgesamt festhalten, dass eine gesundheitsbewusste Lebensweise auch dazu beiträgt, das Risiko einer Demenzerkrankung zu verringern. Die Prävention der Entwicklung solcher Erkrankungen – nicht nur der Demenz – ist jedoch nicht zentrales Thema dieses Seminars und kann aus diesem Grund immer wieder nur am Rand erwähnt und besprochen werden. Im klinischen Alltag der Geriatrie haben wir es, wenn wir dementiell erkrankten Patient_innen begegnen, per Definition mit schon vorhandenen Symptomen zu tun; entsprechend müssen sich geriatrisch tätige Angehörige der Gesundheitsberufe damit auseinandersetzen, wie sie solchen Menschen begegnen, wie sie die Demenz im Arbeitsalltag berücksichtigen und wie medizinische, pflegerische und therapeutische Ziele trotz Demenz erreichbar sind bzw. wie die Demenz in der Arbeit mit dementiell Erkrankten berücksichtigt werden muss.

Dabei gelten verschiedene Grundsätze bzw. Grundannahmen, die in dieser Arbeit berücksichtigt werden sollten:

1. In der Arbeit mit Demenzerkrankten ist nicht das Neu- oder Wiederlernen von durch die dementielle Erkrankung verlorenen Fähigkeiten

- das Ziel, sondern die Aufrechterhaltung vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen
- 2. Angebote sollten prozess- und nicht zielorientiert durchgeführt werden
- 3. Vorgaben der Struktur einer Aufgabe (z.B. Reihenfolge von Tätigkeiten) sollten nur durchgeführt werden, wenn erkennbar ist, dass der oder die Patient_in diese nicht mehr selber gewährleisten kann
- 4. Vorhandene Tendenzen sollten genutzt werden

Für die Behandlung von Patient_innen mit Demenz existiert eine von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) herausgegebene Leitlinie (*S3-Leitlinie "Demenzen,"* 2016). Diese Leitlinie teilt die Therapie der Demenz in einen pharmakologischen Teil (der hier nicht weiter besprochen werden soll) sowie einen weiteren Teil der „psychosozialen Intervention“ auf. Unter solchen Interventionen wird im Rahmen der Leitlinie verstanden:

- 1. Kognitive Verfahren
- 2. Ergotherapie
- 3. Körperliche Aktivität
- 4. Künstlerische Therapien
- 5. Sensorische Verfahren
- 6. Angehörigenbasierte Verfahren



Aufgabe 9:

Die genannte Leitlinie lässt sich [hier](#) herunterladen.

Bilden Sie für jede psychosoziale Intervention eine Arbeitsgruppe und erörtern Sie anhand der Leitlinie, aber auch weiterer recherchierter Literatur, die Gestaltungsmöglichkeiten der jeweiligen Intervention, die Anwendungsmöglichkeiten bei Patienten mit Demenz sowie die hierfür notwendigen Voraussetzungen auf Patient_innen-Seite sowie auf Seiten der geriatrischen Einrichtung, in der eine solche Intervention angeboten werden soll.

Erarbeiten Sie anschließend als Gesamtgruppe ein Gesamtkonzept zur psychosozialen Arbeit mit Demenzpatient_innen auf Basis der Ergebnisse aller Gruppen.

Entwickeln und benennen Sie für Ihre Interventionen sowohl in den einzelnen Arbeitsgruppen als auch in der Gesamtkonzeption Ziele, die sie in der Arbeit mit den demenzerkrankten Menschen erreichen wollen.

Arbeiten mit an Demenz erkrankten Patient_innen

Neben der eigentlichen Demenzarbeit entsteht in der Arbeit mit Demenzpatient_innen nahezu immer die Situation, dass die vorhandene Demenz eine Zusammenarbeit mit dem bzw. der Patient_in erschwert oder zumindest beeinflusst, sei es in der alltäglichen Pflege, in der medizinischen Versorgung oder der Rehabilitation. Aufgrund der Demenz muss also die Arbeitsweise sowie die Einbeziehung des/der Patient_in selber angepasst werden, um weiterhin eine patientengerechte und erfolgreiche Versorgung gewährleisten zu können.

Dabei bleiben die Grundprinzipien der Arbeit mit Demenzpatient_innen weiterhin bestehen, auch die zur Verfügung stehenden Methoden (siehe letzte Aufgabe) bleiben häufig die gleichen. Hinzu kommt jedoch, dass Ziele erreicht werden sollen, die sich nicht direkt an die dementielle Erkrankung richten, sondern darüber hinaus gehen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Verlust einer Fähigkeit oder zunehmende Schwierigkeiten in der Durchführung einer Aktivität nicht auf die Progredienz der Demenz zurückzuführen ist, sondern andere Gründe hat.

Beispiele:

- Verlust der Handfunktion durch zunehmende Arthrose
- Verringerung der Gehstrecke nach Infekterkrankung
- Fehlende Gehfähigkeit nach Schenkelhalsfraktur trotz operativer Versorgung

Aufgrund der dementiellen Erkrankung ist es häufig schwierig, diesen Patient_innen die Ziele bestimmter Maßnahmen zu vermitteln oder mit solchen Patient_innen überhaupt gemeinsame Ziele zu erarbeiten. Aufgrund der in solchen Fällen jedoch bestehenden Notwendigkeit einer Intervention entsteht hier ein Konfliktpotential, in dem die Angehörigen der Gesundheitsberufe einerseits wichtige Basisziele für den Patienten formulieren und erreichen sollen, andererseits die Autonomie und Eigeninteressen des / der Patient_in von einem solchen Prozess nicht abgekoppelt werden sollen oder können.



Aufgabe 10: Rollenspiel

Jeweils zwei Studierende entwickelt ein Fallbeispiel für einen Patientenfall eines Patienten oder einer Patientin mit Demenz sowie einer nicht dementiell verursachten Einschränkung der Beweglichkeit, Motorik oder Alltagskompetenz, die behandelt werden soll.

- Formulieren Sie Ziele der Behandlung und legen Sie eine Interventionsstrategie fest, inklusive anzuwendender Methoden. Stellen Sie Ihr Fallbeispiel vor.
- Zwei weitere Studierende nehmen die Rolle eines „Advocatus Diaboli“ ein und bringen Argumente vor, warum die Intervention, die vorgeschlagene Strategie oder die Methoden nicht zum Ziel führen werden.
- Beide Gruppen sollen nun die Argumente der Gegenseite durch Anpassung der vorgestellten Interventionen oder Strategien entkräften, Gegenargumente vorbringen und so die Diskussion voranbringen
- Bitte denken Sie daran, dass die Diskussion sachlich und konstruktiv verläuft. Die Seminargruppe kann einen Schiedsrichter bestimmen, der darauf achten und die Diskutierenden darauf hinweist, wenn die gebotene Sachlichkeit nicht mehr gegeben ist.

Nehmen Sie die Diskussion auf Video auf. Diskutieren Sie anschließend in der gesamten Gruppe, welche Argumente sie für besonders wichtig erachtet haben und wie sich der dargelegte Konflikt lösen oder zumindest abschwächen ließe.

Vertiefende Literatur zu diesem Thema:

Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLoS Medicine*, 14(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002245>

Schick, G. (2015). Rehabilitationssport für Menschen mit Demenz. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31(4), 168–175.
<https://doi.org/10.1055/s-0035-1558471>

Suchan, C. (2014). Biografiearbeit bei Menschen mit Demenz. Bachelor + Master Publication.



4.6 Behandlung von Palliativpatienten

Das sich jedes Leben irgendwann dem Ende zuneigt ist eine alte Binsenweisheit, aber nirgendwo kann man dies so gut beobachten wie in der Geriatrie. Hier zeigt sich aber auch eine weitere Besonderheit.

Während in vielen medizinischen Feldern wie beispielsweise der Onkologie (als plakatives Beispiel) der Übergang hin zu einer palliativen Situation gut definierbar ist, ist dies bei geriatrischen Patient_innen schwerer. Anders ausgedrückt: Nimmt man die [Definition des Ethikrats](#) in Deutschland als Grundlage, ist ein großer Teil der geriatrischen Patient_innen auch als palliativ anzusehen. Auch auf Basis von anderen Definitionen von palliativer Versorgung kann man zu dem gleichen Schluss kommen. Die „European Association for Palliative Care“ beispielsweise definiert Palliativversorgung wie folgt (eigene Übersetzung):



„Palliative Versorgung ist die aktive und komplette Versorgung von Patient_innen, die nicht mehr auf einen kurativen Versorgungsansatz ansprechen. Palliative Versorgung verfolgt einen holistischen Ansatz, bei dem körperliche, psychosoziale und spirituelle Aspekte einschließlich der Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen einbezogen werden. Die palliative Versorgung ist interdisziplinär in ihrem Grundansatz und umfasst sowohl die Versorgung des / der Patient_in als auch die Betreuung der dazugehörigen Familie und sollte überall verfügbar sein, einschließlich Krankenhäusern, Hospizen und dem ambulanten Bereich.

Palliative Versorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen normalen Prozess an, Der Tod wird weder beschleunigt noch verzögert, stattdessen soll die bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende bewahrt werden.“ (EAPC, 2018).

Die Situation von Palliativpatient_innen ist also wie folgt charakterisiert:

- Es steht keine kurative Behandlung des Grundleidens zur Verfügung.
- Die Lebenszeit ist aufgrund einer Erkrankung unmittelbar begrenzt.
- Die Patient_innen erleiden ohne eine adäquate symptomatische Behandlung eine spürbare Verminderung ihrer Lebensqualität

Diese Definition führt, wie oben bereits kurz angeschnitten, zu einer linearen Sichtweise des Krankheitskontinuums, bei der kurative und palliative Behandlungskonzepte klar voneinander abgegrenzt sind (Abbildung 19).

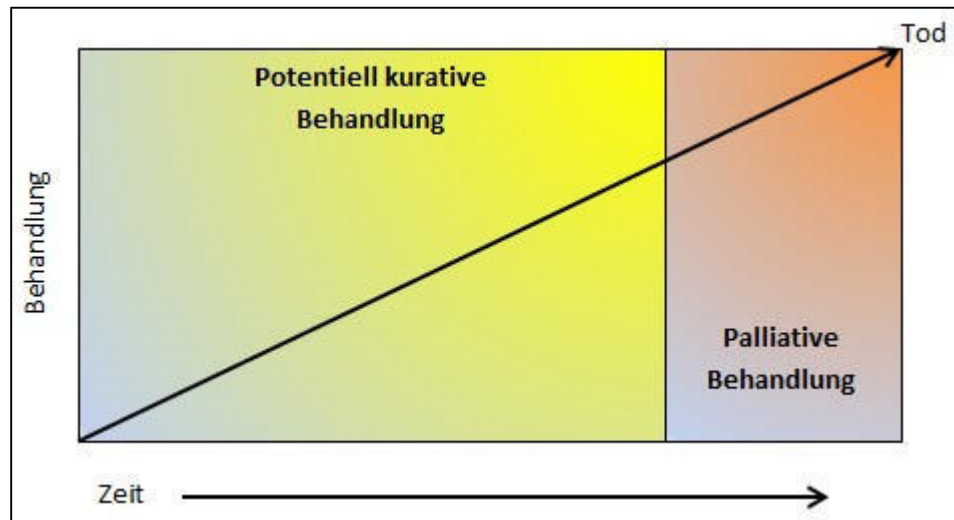


Abbildung 19: "Traditionelles" Konzept der Palliativversorgung

Quelle: eigene Darstellung nach (World Health Organisation (WHO), 2004)

In der Geriatrie kommen jedoch die bereits bekannten für diese Fachrichtung typischen Probleme, die eine strukturierte Behandlung auch in einer Palliativsituation erschweren. Aus diesem Grund muss die palliative Versorgung geriatrischer Patient_innen angepasst werden, um dem fließenden Übergang zwischen „normaler“ und palliativer geriatrischer Versorgung gerecht zu werden (Abbildung 20). Als zusätzliches Element kommt in dieser neuen Version noch die Berücksichtigung der Trauerarbeit sowohl für Patient_innen als auch für die betroffenen Angehörigen hinzu.

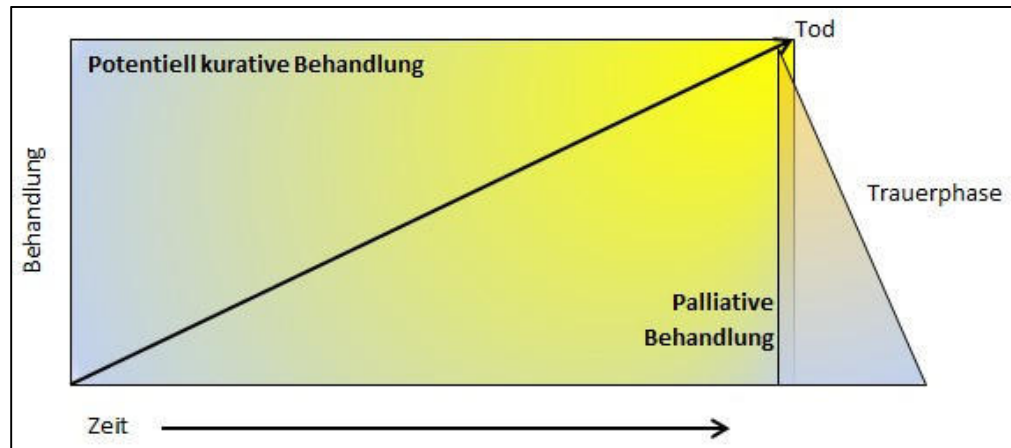


Abbildung 20: überarbeitetes Konzept der palliativen Versorgung in der Geriatrie

Quelle: eigene Darstellung nach (World Health Organisation (WHO), 2004)

An dieser Stelle sei jedoch auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieses neue Konzept des Übergangs zwischen kurativer und palliativer Versorgung auch in anderen medizinischen Fachgebieten sinnvoll ist und auch so angesehen wird.

In einer von der WHO herausgegebenen Broschüre zu diesem Thema werden die Problemfelder wie folgt zusammen gefasst (World Health Organisation (WHO), 2004):

- Höheres Ausmaß an multiplen medizinischen Problemen, deren Effekte sich gegenseitig verstärken
- Daraus hervorgehend ein höherer Versorgungs- und Pflegebedarf
- Höheres Risiko für medikamentöse Nebenwirkungen
- Die Beschwerdebilder gehen mit einer erhöhten psychischen Belastung der älteren Menschen einher
- Akute Probleme überlagern chronische Beschwerden

Es zeigt sich also, dass auch in der palliativen Versorgung älterer Menschen komplexe Anforderungen zu erfüllen sind und klare Unterteilungen von Bereichen nur schwer umsetzbar sind. Dies sind nicht nur „andere“ Anforderungen als die, die wir schon in der Geriatrie kennen gelernt haben, sondern stellen gewissermaßen eine Intensivierung und Erweiterung der bestehenden Anforderungen an eine adäquate Patientenversorgung in der Geriatrie dar.

Auf Basis der eben beschriebenen Gegebenheiten wurden durch die WHO evidenzbasierte Bestandteile einer palliativen Versorgung geriatrischer Patient_innen beschrieben (World Health Organisation (WHO), 2004):

B5 WPF Interprofessionelle Versorgung Geriatrie/Demenz/Palliativversorgung

1. Adäquate Schmerz- und Symptomkontrolle
2. Kommunikation im Team und mit dem Patienten
3. Informationsbereitstellung
4. Spirituelle und psychologische Unterstützung
5. Komplementäre Therapien
6. Schaffung von Voraussetzungen für eine palliative Behandlung im Wohnumfeld der Patient_innen
7. Informationstransfer zwischen den Sektoren
8. Unterstützung der Familie und Pflegenden
9. Trauerunterstützung

**Aufgabe 11:**

Im Anhang ab S. 99 finden Sie 3 Fallbeispiele der Palliativversorgung.

Bilden Sie bitte 3 Gruppen und bearbeiten Sie diese Fallbeispiele.

Beantworten Sie die jeweils zum Fallbeispiel gehörenden Fragen und präsentieren Sie den Fall und Ihre gewählten Lösungen der gesamten Seminargruppe.

Die Art der Vorstellung können Sie dabei frei wählen. Mögliche Formen könnten sein:

- Rollenspiel einer Fallbesprechung
- Gegenüberstellung Pro- und Kontraargumente
- Nutzung von Plotagon-Sequenzen
- Andere...

5. Ausblick

Wie anhand des insgesamt doch sehr umfangreichen Modulbuchs zu erkennen ist, stellt das Fach der Geriatrie ein äußerst komplexes Feld dar, in dem – und das ist es, was diese Fachrichtung auch so spannend macht – Erkenntnisse und Anwendung sehr vieler spezialisierter Fachrichtungen zusammenlaufen und so ein sehr ganzheitliches Bild ergeben, wie individuelle Voraussetzungen, soziopsychologische Einflussfaktoren, eigenes Verhalten und Krankheitsverläufe zusammen wirken.

Die Geriatrie zeigt aber auch, dass viele schwerwiegende gesundheitliche Auswirkungen im Alter die Konsequenz von Problemen sind, die in viel früheren Jahren beginnen; seien es Themen wie Rauchen und Ernährung, körperliche Aktivität, positive oder negative Selbstbilder und vieles mehr.

Die vielleicht wichtigste Konsequenz aus dem Wissen um diese Dinge in der Geriatrie ist deshalb, dass dieses Wissen wieder zurück gespiegelt werden sollte in diejenigen Bereiche der Gesundheitsversorgung und –förderung, die sich an Patientengruppen jüngerer Alters richtet. Auf diese Weise kann die Geriatrie am effektivsten zu einem Prozess des „gesunden Alterns“ beitragen. Da davon auszugehen ist, dass Sie als Studierende verschiedener Gesundheitsberufe nach Abschluss Ihres Studiums in vielen verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung arbeiten werden, steht zu hoffen, dass Sie an vielen Stellen Ihres Arbeitsalltags von dem Wissen, welches Sie in diesem Seminar erlangt haben, profitieren werden.

Literaturverzeichnis

- Antonovski, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. Franke, Ed., N. Schulte, Trans.). Tübingen: dgvt Verlag.
- Babitsch, B., Lehmkuhl, E., Kenedel, F., & Regitz-Zagrosek, V. (2008). Genderaspekte bei kardiovaskulären Risikofaktoren. *Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology*, 15(9), 271–276.
- Banning, M. (2008). Older people and adherence with medication: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1550–1561. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.009>
- Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 11(6), 718–726. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>
- Bethancourt, H. J., Rosenberg, D. E., Beatty, T., & Arterburn, D. E. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clinical Medicine & Research*, 12(1–2), 10–20. <https://doi.org/10.3121/cm.2013.1171>
- Blagosklonny, M. V. (2010). Why the disposable soma theory cannot explain why women live longer and why we age. *Aging (Albany NY)*, 2(12), 884–887.
- Böhm, K., Tesch-Römer, C., & Ziese, T. (Eds.). (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts*. Berlin.

- Borchelt, M., Wrobel, N., & Trilhof, G. (1995). Geriatrisches Assessment nach AGAST. Retrieved August 13, 2018, from <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/agast.html>
- Busetto, L., Kiselev, J., Luijckx, K. G., Steinhagen-Thiessen, E., & Vrijhoef, H. J. M. (2017). Implementation of integrated geriatric care at a German hospital: a case study to understand when and why beneficial outcomes can be achieved. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2105-7>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, *100*(2), 126–131.
- Cipriany-Dacko, L. M., Innerst, D., Johannsen, J., & Rude, V. (1997). Interrater reliability of the Tinetti Balance Scores in novice and experienced physical therapy clinicians. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *78*(10), 1160–1164.
- Clarke, C. L., Sniehotta, F. F., Vadiveloo, T., Argo, I. S., Donnan, P. T., McMurdo, M. E. T., & Witham, M. D. (2017). Factors associated with change in objectively measured physical activity in older people - data from the physical activity cohort Scotland study. *BMC Geriatrics*, *17*(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0578-1>
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books.
- Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopedic Nursing*, *26*(1), 43–48.

- Dent, M., & Pahor, M. (2015). Patient involvement in Europe--a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 546–555. <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0078>
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2015). Tabakatlas Deutschland 2015. Retrieved August 12, 2018, from <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemittelungen/2015/dkfz-pm-15-49-Tabakatlas-Deutschland-2015-Neue-Daten-neue-Fakten.php>
- DIMDI. (2018). OPS Version 2018. Retrieved August 13, 2018, from <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2018/block-8-55...8-60.htm>
- Dirmaier, J., & Härter, M. (2016). Diagnoseaufklärung, Information und Entscheidung über Behandlungen – Patientenbeteiligung und partizipative Entscheidungsfindung. In J. Jerosch & C. Linke (Eds.), *Patientenzentrierte Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie: Lösungen für Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- EAPC. (2018). Definition of Palliative Care and Aims of the EAPC. Retrieved September 16, 2018, from <http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>
- Fischer, S. (2008). *Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende: Eine Untersuchung bei Schweizer Ärztinnen und Ärzten zum Informations- und Sterbehilfeverhalten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Retrieved from [//www.springer.com/de/book/9783531158662](http://www.springer.com/de/book/9783531158662)

- Fouweather, T., Gillies, C., Wohland, P., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.-M., ... Jagger, C. (2015). Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *European Journal of Public Health, 25*(6), 978–983. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv070>
- Freund, H. (2013). Altersmedizin und Geriatisches Assessment. *Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie, (1)*, 24–31.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. (2006). Armut und soziale Ungleichheit Kapitel 2.1.1. Retrieved August 12, 2018, from http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_aid=36353174&p_uid=gast&p_sprache=D&p_knoten=FID&p_suchstring=10258#fid10218
- Gray, P., Murphy, M., Gallagher, A., & Simpson, E. E. A. (2018). A qualitative investigation of physical activity compensation among older adults. *British Journal of Health Psychology, 23*(1), 208–224. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12282>
- Grünheid, E., & Fiedler, C. (2013). *Bevölkerungsentwicklung 2013. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel* (p. 74). Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Retrieved from <https://www.bib.bund.de/Publikation/2013/Bevoelkerungsentwicklung-2013-Daten-Fakten-Trends-zum-demografischen-Wandel.html?nn=9751912>
- Guell, C., Panter, J., Griffin, S., & Ogilvie, D. (2018). Towards co-designing active ageing strategies: A qualitative study to develop a meaningful

physical activity typology for later life. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*.
<https://doi.org/10.1111/hex.12686>

Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. (2001). *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 664–672.

Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. (2012). *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), E1–E25. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x>

Haines, T., Kuys, S. S., Morrison, G., Clarke, J., & Bew, P. (2008). Balance impairment not predictive of falls in geriatric rehabilitation wards. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(5), 523–528.

Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8–13.
<https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>

Heidrich, J., Wellmann, J., Hense, H.-W., Siebert, E., Liese, A. D., Löwel, H., & Keil, U. (2003). Klassische Risikofaktoren für Herzinfarkt und Gesamtsterblichkeit in der Bevölkerung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 92(6), 445–454. <https://doi.org/10.1007/s00392-003-0930-7>

Iinattiniemi, S., Jokelainen, J., & Luukinen, H. (2009). Falls risk among a very old home-dwelling population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(1), 25–30. <https://doi.org/10.1080/02813430802588683>

Janhsen, K., Strube, H., & Starker, A. (2008). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Robert Koch Institut*, 43, 38.

- Kiselev, J., Suija, K., Oona, M., Mellenthin, E., & Steinhagen-Thiessen, E. (2018). Patient Involvement in Geriatric Care - Results and Experiences from a Mixed Models Design Study within Project INTEGRATE. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.2517>
- Klemperer, D. (2005). Shared Decision Making und Patientenzentrierung - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint Journal*, 6(03), 71–79. <https://doi.org/10.1055/s-2005-871310>
- Klemperer, David, & Rosenwirth, M. (2005). *Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen* (Chartbook) (p. 32). Bertelsmann Stiftung, Themenfeld Gesundheit. Retrieved from kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2005-07chartbookSDM.pdf
- Köpke, S., & Meyer, G. (2006). The Tinetti test: Babylon in geriatric assessment. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie: Organ Der Deutschen Gesellschaft Für Gerontologie Und Geriatrie*, 39(4), 288–291. <https://doi.org/10.1007/s00391-006-0398-y>
- Launer, L. J., Andersen, K., Dewey, M. E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L. A., ... Hofman, A. (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. European Studies of Dementia. *Neurology*, 52(1), 78–84.
- Löwel, H., & Hörmann, A. (2006). *Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt*. Berlin: Robert Koch-Inst.
- Lyttle, D. J., & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People*

Nursing, 5(4), 274–282. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00245.x>

Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*, 27(6), 947–960. <https://doi.org/10.1093/her/cys067>

McCullagh, C. D., Craig, D., McIlroy, S. P., & Passmore, A. P. (2001). Risk factors for dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(1), 24–31. <https://doi.org/10.1192/apt.7.1.24>

McCulloch, D. K., & Robertson, R. (2018). *Risk factors for type 2 diabetes mellitus*. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-type-2-diabetes-mellitus#H34>

Nowossadeck, S., & Nowossadeck, E. (2011). *Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter* (Report Altersdaten No. Heft 1–2 / 2011) (p. 72). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Retrieved from https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1-2_2011_PW.pdf

O'Donnell, C. J., Elosua, R., O'Donnell, C. J., & Elosua, R. (2008). Cardiovascular Risk Factors. Insights From Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiología*, 61(03), 299–310. [https://doi.org/10.1016/S1885-5857\(08\)60118-8](https://doi.org/10.1016/S1885-5857(08)60118-8)

Ornish, D., Lin, J., Chan, J. M., Epel, E., Kemp, C., Weidner, G., ... Blackburn, E. H. (2013). Effect of comprehensive lifestyle changes on telomerase activity and telomere length in men with biopsy-proven low-risk prostate cancer: 5-year follow-up of a descriptive pilot study. *The Lancet Oncology*, 14(11), 1112–1120. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70366-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70366-8)

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148.

Publikation - Gesundheit - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017). Retrieved January 28, 2019, from <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html>

Raschke, M. J., & Stange, R. (2008). *Alterstraumatologie: Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation - mit Zugang zum Elsevier-Portal*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen, 56.

Robine, J.-Ma., & Cambois, E. (2013). Healthy life expectancy in Europe. *Population & Societies*, 499. Retrieved from <http://www.eurohex.eu/index.php?option=scientific>

Rosso, A. L., Eaton, C. B., Wallace, R., Gold, R., Stefanick, M. L., Ockene, J. K., ... Michael, Y. L. (2013). Geriatric syndromes and incident disability in older women: results from the women's health initiative observational study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(3), 371–379. <https://doi.org/10.1111/jgs.12147>

S3-Leitlinie "Demenzen." (2016) (p. 134). Köln. Retrieved from [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiU2b3Tp8jgAhWELewKH-QuLCp8QFjAAegQIC-](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiU2b3Tp8jgAhWELewKH-QuLCp8QFjAAegQIC-BAC&url=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Fuploads%2Ftx_szleitl)

BAC&url=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Fuploads%2Ftx_szleitl

inien%2F038-013I_S3-Demenzen-2016-07.pdf&usg=AOv-

Vaw0FKcGQ2QrJkyrtP5-z_4tE

Schreier, M. M., & Bartholomeyczik, S. (2004). *Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen: Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive - Review/Literaturanalyse*. Schlütersche.

Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy*, 80(9), 896–903.

Staat & Gesellschaft - Pflege - Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017). Retrieved January 28, 2019, from <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>

Staat & Gesellschaft - Sterbefälle - Sterbetafeln und Lebenserwartung - Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). Retrieved July 24, 2018, from <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/AktuellPeriodensterbetafeln.html>

Strube, W., & Steger, F. (2012). Patient autonomy and informed consent--individual preferences of senior study participants in Germany. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 124(11–12), 384–390. <https://doi.org/10.1007/s00508-012-0187-0>

Sütterlin, S. (2008). *Deutschland ist eines der kinderärmsten Länder der Welt* (Online-Handbuch Demografie) (p. 9). Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Retrieved from <https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/regionaledynamik/deutschland.html>

- Tessier, A.-J., & Chevalier, S. (2018). An Update on Protein, Leucine, Omega-3 Fatty Acids, and Vitamin D in the Prevention and Treatment of Sarcopenia and Functional Decline. *Nutrients*, 10(8).
<https://doi.org/10.3390/nu10081099>
- Tinetti, M. E., Williams, T. F., & Mayewski, R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *The American Journal of Medicine*, 80(3), 429–434.
- Wetzels, R., Harmsen, M., Van Weel, C., Grol, R., & Wensing, M. (2007). Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004273. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004273.pub2>
- Weyerer, S. (2005). Themenheft 28 "Altersdemenz."
<https://doi.org/10.25646/3104>
- WHO Europe, R. O. (2014). *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen: WORLD HEALTH ORGN.
- Wiesemann, C., & Simon, A. (Eds.). (2013). *Patientenautonomie: Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen* (1. Auflage). Münster: mentis.
- Williams, G. C. (1957). Pleiotropy, Natural Selection, and the Evolution of Senescence. *Evolution*, 11(4), 398–411. <https://doi.org/10.2307/2406060>
- Wirth, A. (2012). *Adipositas-Fibel*. Springer-Verlag.
- World Health Organisation. (2017). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025* (p. 32). Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2016/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>

World Health Organisation. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age* (p. 53). Geneva. Retrieved from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/global-report-on-falls-prevention-in-older-age/>

World Health Organisation (WHO) (Ed.). (2004). *Better Palliative Care for Older People*. Kopenhagen. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf

Zuhaid, M., Salman, null, Chawla, J. A., Farooq, U., Ahmad, A., Khan, S., & Asfandiyar, M. (2014). Frequency of modifiable risk factors in stroke patients. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 26(2), 235–238.

Hier werden Angaben zu jeglicher verwendeter Literatur alphabetisch aufgeführt. Das Literaturverzeichnis wird hinterlegt mit der Formatvorlage „Überschrift 4“.

Nummerierung	Bezeichnung, Titel	Urheber_in, Herausgeber_in	URL	Zuletzt eingesehen

schrift 4“.

Linkverzeichnis

Hier werden Angaben zu jeglichen Internetquellen alphabetisch aufgeführt. Die Tabelle gleicht der aus dem Leitfaden für Modulentwickler_innen und soll letztlich aktualisiert im Rahmen des Modulbegleitheftes vorliegen. Es genügt, wenn das Linkverzeichnis nur in diesem Dokument aktuell gehalten wird.

Glossar

An dieser Stelle fügen Sie Ihr Glossar ein. Dieses soll alphabetisch geordnet sein und jeweils unter den entsprechenden Anfangsbuchstaben eingefügt werden. Buchstaben, die inhaltlich nicht besetzt werden, werden am Schluss gelöscht.

A

ASH

Die *Alice Salomon Hochschule Berlin* (ASH), als Soziale Frauenschule gegründet, später Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin in Schöneberg, ist eine Fachhochschule im Ortsteil Berlin-Hellersdorf des Berliner Bezirks Marzahn-Hellersdorf.

B

C

D

Demenz

Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich

Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben.

E

F

G

Geriatrie

Die Lehre der Erkrankungen des alternden Menschen.

Gerontologie

Die Wissenschaft, die sich mit Aspekten der Alterungsvorgänge beschäftigt. Hierzu zählen genetische, physiologische, funktionelle, psychologische, soziale, gesellschaftliche, wirtschaftliche und auch politische Teilbereiche.

Geriatriche_r Patient_in

Vorhandensein eines hohen Lebensalters (70+) sowie dem gleichzeitigen Vorliegen mehrere altersassoziierter Erkrankungen.

H

I

J

K

Körperliche Aktivität

jede körperliche Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur verursacht wird und in einem Energieverbrauch resultiert, der oberhalb des metabolischen Grundumsatzes liegt.

L

M

Mangelernährung

- Body-Mass-Index (BMI) $<18,5\text{kg/m}^2$ ODER
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust $>10\%$ in den letzten 3–6 Monaten ODER
- BMI $<20\text{kg/m}^2$ und unbeabsichtigter Gewichtsverlust $>5\%$ in den letzten 3–6 Monaten.

N

O

Osteoporose

P

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Q

R

S

Sarkopenie

Der mit fortschreitendem Alter zunehmende Abbau von Muskelmasse und Muskelkraft, der mit funktionellen Einschränkungen einhergeht.

Sturz

Ein Sturz ist jedes plötzliche unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen oder -gleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene.

T

Training

Jede körperliche Aktivität, die regelmäßig, wiederholt und strukturiert mit dem Ziel durchgeführt wird, die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern.

U

V

W

X

Y

Z

6. Anhang

6.1 Fallbeispiele der Palliativversorgung

Fallbeispiel 1:

Fallbeispiel 2:

Fallbeispiel 3:

Impressum

Modulentwicklung:

Susanne Harder-Sdzuj (Ergotherapeutin, Master of Science Therapiewissenschaften)

Modulverantwortung:

Prof. Elke Kraus

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



Definition



Tip



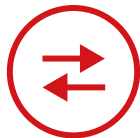
Information



Podcast



Video



Austausch

Verschiedene Icons dienen zur Kennzeichnung zusätzlicher Informationsangebote oder Aufgaben. Sie werden an betreffender Stelle am linken Seitenrand platziert.

Inhalt

1. Willkommen.....	4
1.1 Lernziele	4
2. Interprofessionelle Versorgung in der Pädiatrie	6
2.1 Modelle in der Pädiatrie.....	6
2.1.1 Die ICF-CY als berufsübergreifendes Modell in der Pädiatrie	8
2.1.2 Berufsgruppenspezifische Modelle	10
2.2 Evidenzbasiertes Arbeiten in der Pädiatrie / Leitlinien	23
2.3 Entwicklungsstörungen.....	28
2.4 Modelle der Befunderhebung	36
2.5 Therapieansätze / Interprofessionele Konzepte.....	44
2.6 Rahmenbedingungen und Elternarbeit.....	48
2.7 Kinderschutz in der Medizin	51
2.8 Flankierende Berufsgruppen	59
3. Prüfungsleistung	62
4. Ausblick.....	64
5. Literaturverzeichnis	65
6. Link- und Videoverzeichnis.....	74
7. Index	76
8. Tabellenverzeichnis	78
9. Abbildungsverzeichnis.....	78

1. Willkommen

*Anmerkungen
am Seitenrand
werden in die-
sen Kasten
platziert und
bündig zum
Fließtext an-
gepasst.*

Mit der Wahl dieses Moduls lassen Sie ein spezielles Interesse an der Arbeit im Bereich Pädiatrie erkennen. Schnelle Veränderungen aufgrund der natürlichen Entwicklung des Kindes, Herausforderungen durch die Zusammenarbeit mit Eltern und betreuenden Personen, die intensive Zusammenarbeit im interprofessionellen Team und mit flankierenden Berufsgruppen sowie die hohe Verantwortung, die sich dadurch für das interdisziplinäre Team ergibt, sollen in diesem Modul thematisiert werden.

Überblick und Zielsetzung

Die Studierenden werden befähigt, in ausgewählten Feldern der Pädiatrie die Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit zu erkennen und geeignete Diagnostik-, Pflege- und Behandlungskonzepte auszuwählen und zu evaluieren.

1.1 Lernziele

- Die Studierenden setzen sich mit den verschiedenen Modellen in den Gesundheitsberufen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Therapie- bzw. Pflegeberufe in der Pädiatrie auseinander.
- Die Studierenden befassen sich mit den Vor- und Nachteilen leitliniengerichteten Arbeitens in der Pädiatrie.
- Die Studierenden beschäftigen sich mit Entwicklungsstörungen (in den Bereichen Motorik, Wahrnehmung, Sprache, sozial-emotionale Entwicklung) und erkennen Einflussfaktoren und Zusammenhänge. Sie diskutieren innerhalb ihrer Berufsgruppen die Symptome und möglichen Auswirkungen von Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen anhand eines Fallbeispiels.

- Die Studierenden erörtern aktuelle Modelle der Befunderhebung und reflektieren deren Einfluss auf die Therapieplanung.
- Die Studierenden setzen sich beispielhaft mit einem Therapiekonzept auseinander und diskutieren anhand dieses Konzeptes die Therapieplanung im interprofessionellen Team.
- Die Studierenden reflektieren die besonderen Rahmenbedingungen in der Pädiatrie und diskutieren Aspekte der Elternarbeit aus Sicht der verschiedenen Berufsgruppen.
- Die Studierenden kennen flankierende Berufsgruppen und die Grundzüge von deren Arbeitsweise.
- Die Studierenden beschäftigen sich mit Aspekten des Kinderschutzes in der Medizin und setzen sich mit ihrer Rolle im Kinderschutz auseinander.
- Die Studierenden erarbeiten anhand eines gemeinsamen Fallbeispiels die Grundzüge der interprofessionellen Zusammenarbeit.

2. Interprofessionelle Versorgung in der Pädiatrie

2.1 Modelle in der Pädiatrie

Lernziel: Die Studierenden setzen sich mit den verschiedenen Modellen in den Gesundheitsberufen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Therapie- bzw. Pflegeberufe in der Pädiatrie auseinander.

Unser persönliches Verständnis von Entwicklung ist entscheidend, wenn auch oft gar nicht bewusst, von unserer Sichtweise darauf geprägt, was Einfluss auf die Entwicklung von Kindern hat. Grundlegend ist hier die Frage, ob das Kind Gestalter seiner Entwicklung ist und / oder ob bzw. inwiefern diese Entwicklung durch seine Umwelt beeinflusst wird. Setzte man z. B. lange Zeit voraus, dass die kindliche Entwicklung in Phasen bzw. Stufen voranschreitet, die determiniert sind und sich in einer vorgegebenen Reihenfolge hin zu einem immer höheren, universellen Reife- bzw. Endstadium entwickeln, geht man inzwischen von einem interaktionistischen Modell aus, was bedeutet, dass das Individuum sich in stetigem Austausch mit seiner mehr oder minder förderlichen Umgebung an die Herausforderungen adaptiert und sich so entwickelt. Man unterscheidet insofern vier Typen in der Entwicklungstheorie:

	Umwelt		
		Aktiv	nicht aktiv
Subjekt	Aktiv	transaktionale Modelle	aktionale Modelle
	nicht aktiv	exogenistische Modelle	endogenistische Modelle

Tabelle 1: Typologie von Entwicklungstheorien (nach Montada, Lindenberg & Schneider, 2012)

Die Vertreter_innen der verschiedenen Richtungen gehen entweder von einer totalen Formung durch die Umwelt aus (exogenistisches Entwicklungsmodell) oder von einer Entwicklung als der Entfaltung eines angelegten Plans des Werdens (endogenistisches Modell), sie sehen den Menschen als erkennenden und reflektierenden Mitgestalter seiner Entwicklung (aktionales Modell) oder als ein Subjekt, das im stetigen Austausch mit seinem Entwicklungskontext gestaltenden Einfluss auf seine Entwicklung hat (transaktionales Modell).

Eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit diesen Theorien ist nicht Inhalt dieses Moduls. Wohl aber ist es notwendig, sich der verschiedenen Sichtweisen bewusst zu sein, da die in den Therapieberufen genutzten Modelle zu Entwicklung, Befunderhebung und Therapie auf unterschiedliche Weise die ihnen zugrundeliegenden Theorien widerspiegeln. Insofern ist es notwendig, dass wir uns mit berufsgruppenspezifischen und interdisziplinären Modellen befassen.

„Theorien abstrahieren stark und bieten keine direkte oder offensichtliche Lösung für Praxisprobleme an, denn das liegt in ihrer Natur, Theorie zu sein. Eine gelingende Beziehung von Theorie und Praxis [...] gibt es, wenn es zu einer Kommunikation zwischen Theorie und Praxis kommt – ideal gedacht als Wechselspiel von induktiven zu deduktiven und deduktiven zu induktiven Denkprozessen. Ein Medium hierfür sind Modelle.“ (Höppner & Richter, 2018, S. 26) Ziel dieser Modelle ist es, relevante Aspekte und Einflussfaktoren möglichst umfassend zu beschreiben. Insofern können Modelle eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herstellen.

Grundsätzlich lassen sich zwei Arten von Modellen unterscheiden:



„**Strukturelle Modelle oder Strukturmodelle** haben den Anspruch, das *Wesen* des im Modell Abgebildeten möglichst umfassend zu beschreiben.“ (Frigg, 2012, zitiert nach Höppner & Richter, 2018, S. 26)



„Pragmatische Modelle oder Praxismodelle [...] beschreiben eher die äußere Erscheinung bzw. die *Entäußerung der Realität*.“ (ebd.)

2.1.1 Die ICF-CY als berufsübergreifendes Modell in der Pädiatrie

Ein berufsgruppenübergreifendes Modell ist die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). In diesem Modell steht die Person im Blickpunkt und nicht die Symptomatik ihrer Krankheit. „Die ICF ist wie die ICD-10 ein Teil der WHO-Familie der Internationalen Klassifikationen. Während die ICD Krankheiten klassifiziert, klassifiziert die ICF die Folgen von Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe.“ (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>) Nach der schon 2005 erschienenen Ausgabe der ICF wurde deutlich, „dass der Mensch während der ersten zwei Lebensjahrzehnte neben schnellem Wachstum entscheidende Wechsel und Veränderungen erfährt, zu deren Erfassung ein weitaus differenzierteres Beschreibungssystem notwendig ist, als die ursprüngliche Fassung der ICF es bietet“ (Bickenbach & Jerosch-Herold, 2009, S. 48), so dass seit 2011 auch eine Version für Kinder und Jugendliche, die ICF-CY (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Kinder und Jugendliche; Hollenweger, Kraus de Camargo & Andres [Hrsg.] 2017) existiert.



Abbildung 1: ICF, Quelle DIMDI.

Die ICF wie auch die ICF-CY gehen von einem bio-psycho-sozialen Modell aus, das biologische, psychische und soziale Aspekte einbezieht und das Gesundheitsproblem im Kontext der Umwelt wie auch personenbezogener Faktoren hinsichtlich ihres Einflusses auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation des Klienten betrachtet. Insofern wird das rein nach ICD-10 klassifizierte Gesundheitsproblem bei unterschiedlichen Klienten zu sehr unterschiedlichen Auswirkungen auf deren Alltag führen und bedarf möglicherweise einer sehr verschiedenen Intervention auf den verschiedenen Ebenen des Behandlungsprozesses.

Beispiel: Ein Kind wird mit einer Syndrom-Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) geboren. Neben der unterschiedlichen strukturellen Ausprägung dieses Syndroms gibt es viele Faktoren, welche die Entwicklung des Kindes und die Ausprägung dieses Syndroms sowie die Partizipation des Kindes beeinflussen (Einstellung der Umwelt bzw. Gesellschaft zu diesem Syndrom, familiärer Kontext mit sachlichen und / oder psychischen Voraussetzungen, institutionelle Voraussetzungen wie z. B. inklusive oder nicht-inklusive Förderung usw.).



Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm) hat die ICF-CY-Checkliste „Kinder und Jugendliche“ für die Praxis

aufbereitet, die man sich dort im Excel-Format für die Altersgruppen 0–3 Jahre, 3–6 Jahre, 6–12 Jahre, 12–18 Jahre und 0–18 Jahre herunterladen kann (<http://bvkm.de/icf-checklisten/>).

2.1.2 Berufsgruppenspezifische Modelle

In den verschiedenen Berufsgruppen wird der Begriff Modell zum Teil sehr unterschiedlich verwendet:

In der **Ergotherapie** versteht man unter einem Modell eine „grafische Visualisierung eines konzeptuellen Systems oder einer Theorie, welche die Kernbegriffe der Theorie und ihre Beziehung zueinander darstellt“, und das dazu dient, „Beziehungen zwischen verschiedenen Kernbegriffen visuell zu veranschaulichen“ (Fischer, 2007, S. 98).

Als Beispiel aus der Ergotherapie soll das CMOP-E von Polatajko, Townsend und Craig (2007) dienen.

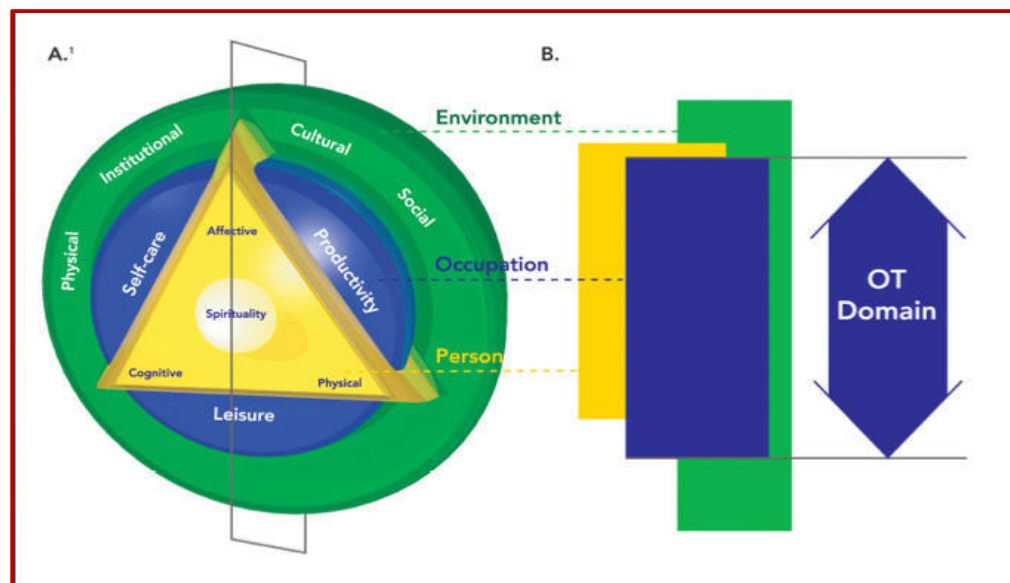


Abbildung 2: Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement



Video von H. Strebel zum CMOP-E. Verfügbar unter
<https://www.youtube.com/watch?v=pKgHhbMKWcQ>

In der **Logopädie** gibt es verschiedene Modelle, welche als theoretische Annahme für die Therapieansätze dienen. Modelle dienen z. B. als Werkzeuge, den Spracherwerb in seinen spezifischen Phasen zu erklären. Sie geben uns Antworten auf die Fragen, warum jedes Kind prinzipiell jede Sprache der Welt erlernen kann (Kauschke, 2012) und „wie Kinder zum Aufbau sprachsystematischer Fähigkeiten gelangen, welche inneren und äußeren Voraussetzungen dazu notwendig sind und wie sprachliche und nicht-sprachliche Prozesse zusammenspielen. Diese Fragen haben eine besondere psycholinguistische Relevanz, da sie die notwendigen Voraussetzungen für den Spracherwerb, dessen biologische Basis, die Rolle der Umwelt und damit insgesamt die Sprache als speziesspezifische Fähigkeit des Menschen berühren.“ (ebd., S. 137)

Zur Verdeutlichung der modellorientierten Denkweise in der Logopädie soll der Bereich der Grammatikentwicklung dienen, also derjenige Abschnitt in der Sprachentwicklung, in dem Kinder in der Lage sein sollen, die Wörter, die sie bereits in ihrem Lexikon gesammelt haben, miteinander zu vollständigen und flexiblen Sätzen zu kombinieren. Dieser Schritt ist einer der wichtigsten Entwicklungsschritte in der Sprachentwicklung des Kindes und wird auch als Meilenstein bezeichnet.

Ab ca. 10./12. LM
Aktiver Wortschatzaufbau
(Nomina, Verben, Funktionswörter, Adjektive)

Ab ca. dem 24. LM bis ca. zum 36. LM
Beginn der Grammatikentwicklung
Wörter werden miteinander kombiniert
Einwortäußerungen → Zweiwortäußerungen → Mehrwortäußerungen
Bsp.: Eis → Lisa Eis → Lisa Eis essen → Lisa möchte ein Eis essen bzw.
Lisa isst ein Eis

Das Emergenzmodell (Emergent Coalition Model; Hirsh-Pasek & Golinkoff, 1996)

- betrachtet den Spracherwerb als eine Interaktion zwischen Sprachverarbeitungsfähigkeiten im Kind und dem sprachlichen Input der Umgebung
- Diese Faktoren (intrinsisch und extrinsisch) führen im Rahmen ihrer ständigen Interaktion zu Fortschritten im Spracherwerb (Bishop, 2000)
- Löst sich ein Kind aus einer bestehenden Stufe des Spracherwerbs, so durchläuft es zunächst eine Erprobungsphase, in der alte und neue Strukturen / vollständige bzw. unvollständige Strukturen nebeneinander auftreten
- Je nach Entwicklungsphase dauert die Erprobung mehr oder weniger lang (für die Verbzweitstellung → oben genanntes Bsp.) lassen sich Zeitspannen zwischen 4–10 Wochen finden (Bender, Wieloch & Siegmüller, 2012; Weissenborn, 2000)
- Die cues (Reize aus der Umwelt) werden im Verlaufe der Entwicklung unterschiedlich stark gewichtet
 - Zu Beginn werden die basalen cues stärker gewichtet
 - Je weiter die Entwicklung voranschreitet und sich in die Richtung einer komplexeren Grammatik entwickelt, desto komplexer werden auch die cues, auf die sich das Kind stützt / auf die es zurückgreift, um in der Entwicklung voranzukommen
 - Oft treten die cues in sogenannten cue-groups auf, die intern noch spezifischere Informationen beinhalten
- Entwicklungsstörungen im Emergenzmodell
 - Das Emergenzmodell beschreibt den ungestörten Erwerb
 - Es lässt sich nicht ohne weiteres auf die gestörte Sprachentwicklung übertragen
 - Bei einer Störung wird angenommen, dass eine ungewöhnliche Gewichtung der cues vorhanden ist
 - Ein Fehlen von cues bzw. ein Nichtvorhandensein wird jedoch nicht angenommen

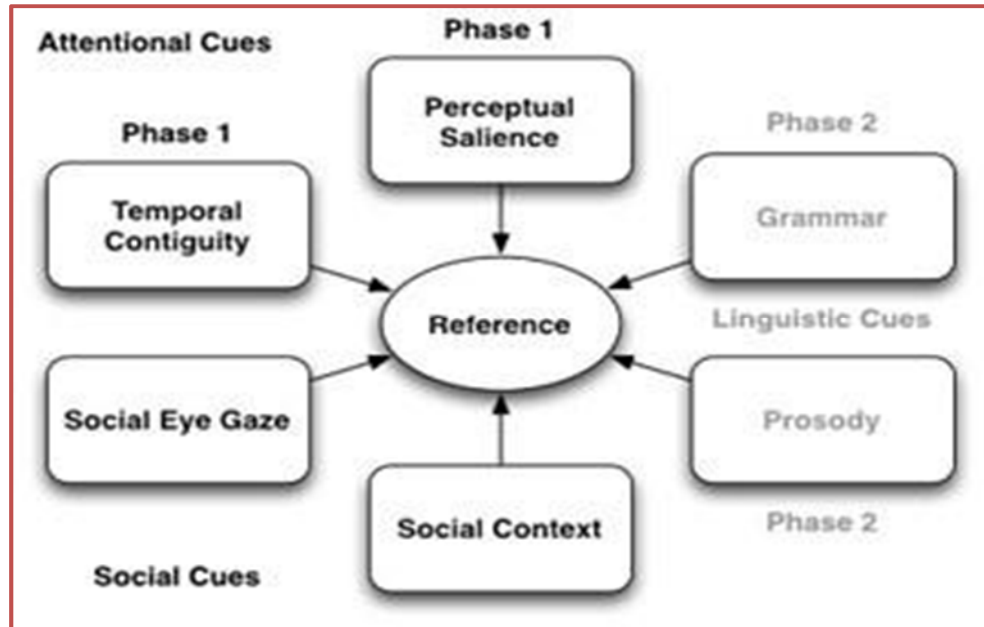


Abbildung 3: Emergenzmodell (Hirsh-Pasek & Golinkoff, 1996)

Laut Probst (2004, S. 34) teilen Modelle der **Physiotherapie** „einen einzigartigen Aufgabenbereich zu, bestimmen Grenzen und Möglichkeiten und setzen die Mittel fest, die handlungsleitend sind.“

So orientiert sich das „Neue Denkmodell für die Physiotherapie“ von Antje Hüter-Becker (2002) weniger an den Fachgebieten der klinischen Medizin als vielmehr an sogenannten Funktionskreisen, in denen Physiotherapie ihre Wirkung entfaltet. Hüter-Becker betont hierbei die Gleichwertigkeit wie auch die Notwendigkeit der Integration des Erlebens von Patient_innen und Therapeut_innen in alle Funktionskreise.

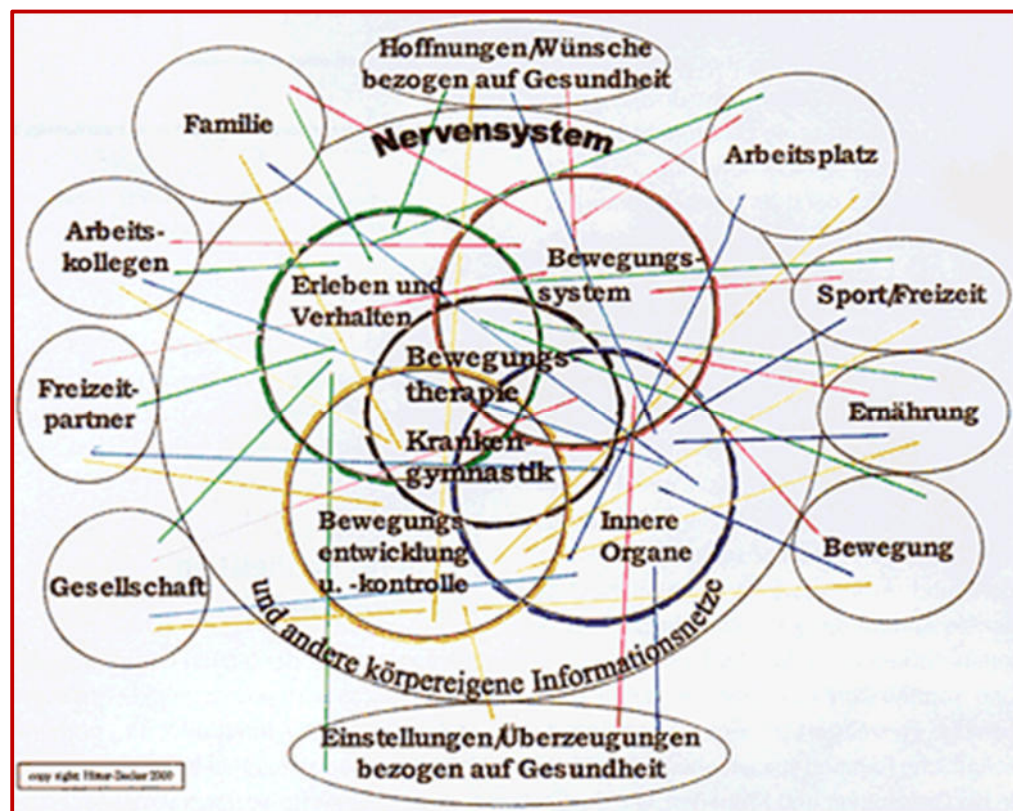


Abbildung 4. Neues Denkmodell der Physiotherapie (aus Hüter-Becker, 2002)

Das Denkmodell von Hüter-Becker dient inzwischen als Ausgangspunkt für weitere Bearbeitungen, so z. B. für theoretische Überlegungen zum lebensweltlichen Gegenstand der Physiotherapie im Kontext der Akademisierung (vgl. Klemme, Geuter & Willimczik, 2009). Bogetto & Höppner nutzen den aus dem Modell hervorgegangenen Gedanken der „integrativen Physiotherapie, um Ansätze und Chancen der Physiotherapie im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention zu skizzieren“. (Hoßfeld, 2018; S. 128) Andererseits findet sich Kritik an dem Modell hinsichtlich seiner theoretischen Fundierung, da die theoretische Begründung des Modells durch fehlende Quellenhinweise stark leide und so eher der Eindruck praxisorientierter Überlegungen entstehe (Hoßfeld, 2018). Scheel (in Hoßfeld, 2018, S. 129) kritisiert zudem eine unreflektierte Eingliederung „in existierende gesundheitsbezogene Modelle, Konzepte und Klassifikationssysteme (z. B. bio-psycho-soziales Modell, Salutogenetisches Konzept oder ICF), da an dieser Stelle anders geartete Konzeptionen und unterschiedliche[...] Abstraktionsgrade miteinander kombiniert werden“.

Ein **Pflegemodell** beschreibt und erklärt die professionelle Pflege in Bezug zum Menschen, zu seiner Umgebung, Gesundheit und Krankheit; es wird je nach deren Ausrichtung als Theorie- oder Praxismodell bezeichnet.

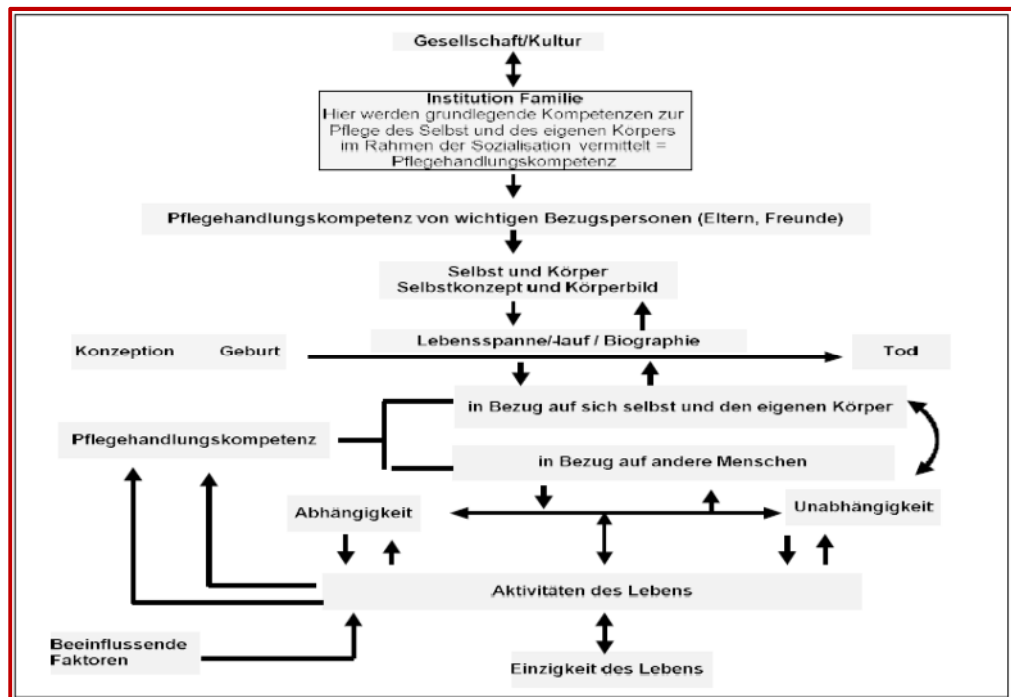


Abbildung 5: Pflegerisches Handeln im Verlauf der Lebensspanne und im gesellschaftlichen Kontext (aus Mischo-Kelling, 2012, S. 73)



Video zum Modell des Lebens von Nancy Roper. Verfügbar unter:

<https://www.youtube.com/watch?v=mRz5eZ7ogpg>



Kasuistik: Tim, 7;8 Jahre

Anamnese:

2. Kind gesunder Eltern

- Stationäre Behandlung der Mutter aufgrund vorzeitiger Wehentätigkeit und Blasensprung nach Amniocentese seit der 16. SSW, Oligohydramnion
- Sectio caesarea nach 28+3 Wochen bei ansteigendem mütterlichen CrP (APGAR 4/6/7; Nabel-pH 7,4; Geburtsgew. 980 g; Länge 35 cm; Kopfumfang 25 cm)
- Intubation bis 14. Lebenstag, CPAP bis 22. Lebenstag
- Am 5. Lebenstag Hirnblutung II. Grades rechts und I. Grades links, Subarachnoidalzysten mit Verdrängung des Kleinhirns
- Fehlbildungen im Bereich der Knie- und Sprunggelenke mit prominenter Tuberositas tibia bds., Achsenfehlstellung beider Unterschenkel über dem Talus, keine spontane Reposition (Schienenersorgung und Physiotherapie, manuelle Redression)
- Während der stationären Versorgung (bis 10. Woche) Physiotherapie nach Bobath
- Entlassungsdiagnosen (P07.3: Frühgeborenes 28+3 SSW; P07.02: Geburtsgewicht von 980 Gramm; P22.0: Atemnotsyndrom II. Grades; P28.5: Respiratorisches Versagen; P52.1: IVH II. Grades rechts, IVH I. Grades links; P39.8: Perinatale Infektion; Q25.0: Persistierender Ductus arteriosus Botalli; P61.2: Frühgeborenenanämie; Q.04.4: Aplasie des Septum pellucidum, Subtentorielle Arachnoidalzyste; P27.1: leichte Bronchopulmonale Dysplasie; H35.1: Retinopathia praematurorum Stadium III bds).

Tim lebt mit seinen Eltern (Vater Kfz-Mechaniker, Mutter Verkäuferin) sehr ländlich in einem Haus, in dem er ein eigenes Zimmer hat. Auf dem Hof ist Tim mit einem umgebauten Bobbycar sehr aktiv. Er interessiert sich für die Cars-Filme und sammelt die Autos der Serie.

Beurteilung mit 4 Jahren durch Neurologen und Orthopäden

- Nie gekrabbelt, robbt seit dem 12. Lebensmonat, zieht sich in den Stand und steht mit Festhalten, Assistierte Gehen ca. 5 Meter
- Drehen und Aufrichten in den Kniestand möglich
- Lähmungsknickfuß bei bestehender Achillessehnenverkürzung auf Grundlage der Tetraspastik
- Im Sitzen Ausbildung eine rechtskonvexen Kyphose
- Akutes Einschließen des Streckspasmus in die Beine bei Lagerungswechsel mit Scherenschlagdeformität
- „Eine Sprachentwicklung findet nicht statt“
- MRT zeigt Megacisterna magna mit Kleinhirnhypoplasie (Dandy-Walker-Variante) sowie septo-optic dysplasia
- Choreatiforme Bewegungsmuster mit Tonuszunahme der Hüftadduktoren
- Vojtareaktionen für die unteren Extremitäten durchgängig auffällig, deutliche psychomotorische Entwicklungsverzögerung
- V. a. geistige Behinderung
- Spastisch-dyskinetische Zerebralparese
- Botulinumtoxingabe Hüftadduktoren links
- Vergrößerter Collodiaphysenwinkel li>re
- Hilfsmittelversorgung (Schaleneinlagen mit Supinationskeil und lateraler Pronationsstützung, Orthesenschuhe, Therapiestuhl mit Zubehör, Rehakarre mit Zubehör, Reziproker Rollator [posterior-Walker], Unterschenkelnachtlagerungsschienen mit dynamischen Quengel-Gelenken im Sprunggelenk und Spreizstab)

Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs 2016

Umfassende, massive und langandauernde Beeinträchtigung aufgrund gravierender Entwicklungsretardierung

Ergebnis: Einschulung in eine Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung

Letzte Aktualisierung: 07.08.2020

Psychologischer Befund vom 10.07.2016

- Fröhlich, offen im Kontakt und kann sich nonverbal gut artikulieren
- Zeigt Motivation und Anstrengungsbereitschaft
- Sehr einfache logische Zusammenhänge versteht er gut, darüber hinaus scheint er Schwierigkeiten zu haben
- Orientiert sich im einstelligen Zahlenraum, erkennt Zahlen und zählt korrekt
- Aufgabenverständnis wirkt schwankend
- SON-R 5 ½-17 (IQ 73), HAWIK (IQ 77); zusammenfassend im Grenzbereich zwischen Lernbehinderung und geistiger Behinderung mit Stärke im Bereich Wissensreproduktion und Schwäche im Bezug auf logische Transferleistungen

Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage seit Entlassung aus dem KH

Bericht im Alter von 3;3 Jahren

- Kriecht alternierend und schnell
- Kann sich an Gegenständen hochziehen
- Steht alleine, indem er sich mit der Hand festhält oder mit dem Rumpf abstützt
- Freier Sitz z. B. auf der Therapierolle ist über mehrere Minuten möglich
-

Logopädie seit dem Alter von 4;5 Jahren

Bericht im Alter von 4; 5 Jahren

- „Checkliste bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen“ nach Crickmay
 - Vegetative Fähigkeiten: unkontrollierter Speichelfluss, Mundöffnung
 - Artikulationsorgane: Lippen- und Zungenbewegungen manipulierbar

- Stimmliche Äußerungen: Lachen, Weinen, Husten mit stimmlicher Begleitung
- Informelle Überprüfung der Sprachvorläufer sowie des passiven und aktiven Wortschatzes
 - Deutliche Diskrepanz zwischen Verstehen und Sprechen
 - Objektpermanenz und triangulärer Blick noch inkonstant
 - Symbolfähigkeit und Nachahmungsfähigkeit gut ausgeprägt

Bericht im Alter von 4; 9 Jahren

- Übungen zur Verbesserung der Mundmotorik vor dem Spiegel
- Auditive Differenzierung
- Handzeichen aus dem Therapiekonzept „Tommys Gebärdenwelt“

Ergotherapie seit dem Alter von 6;0 Jahren

Bericht im Alter von 6;4 Jahren

- Stabilisiert seinen Körper im Stehen z. B. am Tisch
- Förderung der Aufrichtung aus dem Sitz in den Stand und zurück
- Greift gezielter (Murmeln, Bildkarten)

Bericht Im Alter von 6;7 Jahren

- Toleriert unebene / schaukelnde Flächen besser

Bericht im Alter von 7;0 Jahren

- Reduzierung der Überempfindlichkeit im vestibulären Bereich
- Nutzt zunehmend Kniehochstand
- Zielgerichtetes und alternierendes Greifen

Bericht im Alter von 7;1 Jahren

- Hält Gegenstände, während er sich fortbewegt
- Festhalten von Kleidung (Socken) beim An- und Ausziehen ist erschwert, Daumen instabil, benötigt Führung

Einschulung Schule zur Individuellen Lebensbewältigung (Zeugnis der ersten Klasse)

- Hält sich nicht immer an getroffene Vereinbarungen

- Arbeitet mit Sandpapierbuchstaben
- Kann Wörter als Silben klatschen
- Differenziert Laute
- Nutzt Talker (seit Nov. 2016), um am Gesprächskreis teilzunehmen
- Ordnet Zahlen den Mengen bis 10 zu
- Großes Interesse an sich selbst (Größe, Gewicht ...)
- Mag Traktoren

**e-tivity: Interprofessionelle fallbasierte Zusammenarbeit****optionale e-tivity: Selbstabfrage Inhalte der ersten Woche.****Weiterführende Literatur**

Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.). (2018). Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hollenweger, J. & Kraus de Camargo, O. A. (Übers., Hrsg.). (2017). ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Unter Mitarbeit des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Bern: Hogrefe Verlag.

Höppner, H. & Richter, R. (Hrsg.). (2018). Theorien und Modelle in der Physiotherapie. Ein Handbuch. Bern: Hogrefe.

Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B. M. & Weber, P. (Hrsg.). (2009). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

2.2 Evidenzbasiertes Arbeiten in der Pädiatrie / Leitlinien

Lernziel: Die Studierenden befassen sich mit den Vor- und Nachteilen leitliniengerichteten Arbeitens in der Pädiatrie.



Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Korporal, J., Horbach, A., Ayerle, G. M., Schäfers, R. et al. (2016). Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Ein forschungsmethodischer Leitfa- den zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innova- tionen. Zugriff am 17.02.2018. Verfügbar unter <https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:10702/datastreams/FILE1/content>

Die drei Säulen der evidenzbasierten Medizin

Die evidenzbasierte Medizin (EBM) „versucht, die Behandlungsqualität durch einen systematischen Rückgriff auf die neuesten und besten Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien zu verbessern“ und stützt sich auf drei Säulen:

- „1. die externe Evidenz, d. h. den aktuellen Stand der klinischen Forschung, unter Berücksichtigung der Stärke beobachteter Effekte sowie der Studien- und Datenqualität,
2. arzt- und behandlungsbezogene Faktoren, wie die individuelle ärztliche Expertise (interne Evidenz), kommunikative Fähigkeiten der behandelnden Ärzte, aber ggf. auch die verfügbaren Ressourcen,
3. patientenbezogene Faktoren, wie individuelle Werte und Präferenzen, aber auch individuelle Komorbiditäten und Prädispositionen“ (Lagangke & Kirschke, 2018, S. 185).

Allerdings liegen inzwischen, auch in den Therapie- und Pflegewissenschaften, zahlreiche Studien zu den verschiedensten Fragestellungen vor, so dass es mit hohem zeitlichen und auch finanziellen Aufwand verbunden ist, in sei-

nem speziellen Fachbereich ‚auf dem Laufenden‘ zu bleiben. Eine Möglichkeit der Bündelung des vorhandenen Wissens besteht in der Zusammenfassung von Studien in sogenannten Reviews. Die Situation in den Pflege- und Therapiewissenschaften ist derzeit allerdings noch dadurch gekennzeichnet, dass Studien auf Evidenzstufen, die Reviews zulassen, für Therapieberufe nur in geringer Zahl verfügbar sind.

Davon abgesehen, ist grundsätzlich zu diskutieren, ob die Orientierung an den Forderungen der evidenzbasierten Medizin (EBM) auch für unsere Berufe sinnvoll und zielführend ist (dazu z. B. Rausch, 2018) oder ob eigene Wege der evidenzbasierten Praxis (EBP) gefunden werden müssen. Die aktuelle Diskussion über Evidenzgewinnung in den Therapieberufen ist daher eher von der Forderung nach neuen Studiendesigns gekennzeichnet (dazu Siegmüller & Höpfe, 2018, S. 177ff.).

Eine gute Hilfe für Praktiker_innen können Leitlinien sein, weil diese im Idealfall aktuellen Forschungsstand und Expert_innenmeinung kombinieren und diese in verständlicher Form als Handlungsempfehlungen zusammenführen. Leitlinien lassen sich hinsichtlich ihrer methodischen Qualifikation unterscheiden: S1: Handlungsempfehlung, S2e: evidenzbasierte Leitlinie, S2k: konsensbasierte Leitlinie, S3: Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung (siehe <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation.html>).

Leitlinien, die unter Beteiligung von Angehörigen der Therapieberufe entwickelt wurden

Zunehmend sind an der Leitlinienentwicklung in Deutschland auch Angehörige der Therapie- und Pflegeberufe beteiligt. Eine Zusammenstellung von Leitlinien aus dem Bereich Pädiatrie, an deren Entwicklung Angehörige die-

ser Berufe, vertreten durch ihre Verbände, beteiligt waren, finden Sie in der folgenden Tabelle.

Qualifikation	Titel	Beteiligte Berufsgruppen
S3	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	ET, PT,
S2k	Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)	L
S2k	Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter	ET
S2k	Down-Syndrom im Kindes- und Jugendalter	P
S2k	Periphere Hörstörung im Kindesalter	L
S2k	Juvenile Idiopathische Arthritis (JIA), Therapie	PT
S2k	Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennungen, Verbrühungen)	PT
S3	Rückenschmerz bei Kindern und Jugendlichen (angemeldet)	PT
S2k	Visuelle Wahrnehmungsstörung	ET
S3	Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung	ET
S3	Redeflussstörungen, Pathogenese, Diagnostik, Behandlung	L
S3	Diagnostik und Behandlung von Rechenstörungen	ET

Tabelle 2: Auswahl aktuelle Leitlinien im Bereich Pädiatrie, die unter Beteiligung von Fachpersonen aus dem Bereich Pflege (P), Logopädie



**(L), Physiotherapie (PT) und / oder Ergotherapie (ET) entstanden sind
(Stand 29.03.2018)**

Interessant, aber nicht in jedem Fall auf das deutsche Gesundheitssystem zu übertragen, sind Leitlinien aus anderen Ländern. Erwähnenswert im Bereich Pädiatrie sind hier folgende Leitlinien bzw. Guidelines:

Amerikanische Guidelines (Herausgeberin Mieke le Granse; befinden sich im Veröffentlichungsprozess) z. B.

- Early Childhood Birth Through 5 Years
- Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention for Children and Youth
- Children and Adolescents with Challenges in Sensory Processing and Sensory Integration

Weitere amerikanische Guidelines:

(<http://ebooks.aappublications.org/content/pediatric-clinical-practice-guidelines-and-policies-16th-edition>) z. B.

- Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder
- Dysplasia of the Hip
- Otitis media
- Autism
- Cerebral Palsy
- Congenital Muscular Dystrophy

Britische Guidelines, z. B.

- Stroke in Childhood
- Physical signs of child sexual abuse
-

Niederländische Leitlinien z. B.

- Ehlers-Danlos-Syndrom

Die Pflegeleitlinien des Zentrums für Qualität in der Pflege sind berufsgruppenspezifische Leitlinien und haben ihren Fokus nicht auf der interprofessionellen Zusammenarbeit. Zudem sind hier aktuell keine Leitlinien für den Be-

reich Pädiatrie verfügbar (<https://www.zqp.de/aktuelle-leitlinien-und-standards-fuer-die-pflege-auf-einen-blick/>).



e-tivity: Leitlinien

Weiterführende Literatur

Landgraf, M. N. & Heinen, F. (2017). *Fetale Alkoholspektrumstörungen*. S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: Kohlhammer.

Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie*. Reflektiert – systematisch – wissenschaftlich fundiert. Berlin, Heidelberg: Springer.

Selbmann, H. K. & Kopp, I. (2005). Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. In: *Die Psychiatrie 2*, S. 33–38.

2.3 Entwicklungsstörungen

Lernziel: Die Studierenden beschäftigen sich mit Entwicklungsstörungen (in den Bereichen Motorik, Wahrnehmung, Sprache, sozial-emotionale Entwicklung) und erkennen Einflussfaktoren und Zusammenhänge. Sie diskutieren innerhalb ihrer Berufsgruppen die Symptome und möglichen Auswirkungen von Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen anhand eines Fallbeispiels.

Beschäftigen wir uns mit Entwicklungsstörungen, so müssen wir auf unser Wissen über die verschiedenen Ansätze zum Verständnis von kindlicher Entwicklung zurückgreifen (siehe 3.1.). Lange Zeit hatte das Paradigma von Gesell (1928) Gültigkeit, dass „erst eine vollständige morphologische Reifung zentraler Strukturen“ (Gesell, 1928, zitiert nach Michaelis & Niemann,

2017, S. 20) die Voraussetzung dafür schaffe, dass das Gehirn diese lernend nutzen könne, was man als deterministische Stufentheorie bezeichnet. Betrachtet man auch heute noch gebräuchliche Entwicklungstests wie z. B. die Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik (z. B. Ernst, 2015), so wird deutlich, dass diese genau auf der genannten Stufentheorie basieren, die besagt, dass in einem bestimmten Alter bei unauffälliger Reifung genau definierte quantitative Entwicklungsschritte zu erwarten sind.

Geht man hingegen von einer individuell variablen Entwicklung aus, die sich durch eine Adaptation an die ökologischen und kulturellen Lebensbedingungen auszeichnet, so muss man dies auch bei der Entwicklungsbeurteilung und Behandlungsplanung bedenken. Insofern muss die Betrachtung dem gesamten System des Kindes in seiner Umwelt gelten, und die Frage darf nicht lauten: Passt das Kind in das System? Sondern: Wie gut kommt das Kind in seinem System klar, und wie gut kann es sich adaptieren?



e-tivity: Grundlagen für Entwicklungsbeurteilungen

Hilfreich ist das Modell der Entwicklungspfade nach Michaelis und Niemann (2017), das die Adaptation des Individuums an seine Umweltgegebenheiten hervorhebt. Es betont den Eifer und das Vergnügen, das Kinder zeigen, wenn sie sich eine neue Herausforderung gesucht haben und durch Versuch und Irrtum ihre Handlungsstrategien verfeinern. Diese Sichtweise erlaubt auch Umwege und Fehler! Sie richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Strategien der Kinder und nicht auf statische Entwicklungspunkte. Dies wird z. B. in der Körpermotorik deutlich, wo nicht quantitative Ergebnisse der Entwicklung betrachtet werden (Kind sitzt, steht usw.), sondern der Prozess und dessen Qualität im Fokus der Befunderhebung stehen (Kind dreht sich, es kommt selbstständig in den Sitz, es zieht sich zum Stehen hoch), wobei die enorme Spannbreite der Entwicklungsschritte betont wird. Von Interesse ist dabei also die Variabilität und Adaptionfähigkeit des Kindes.

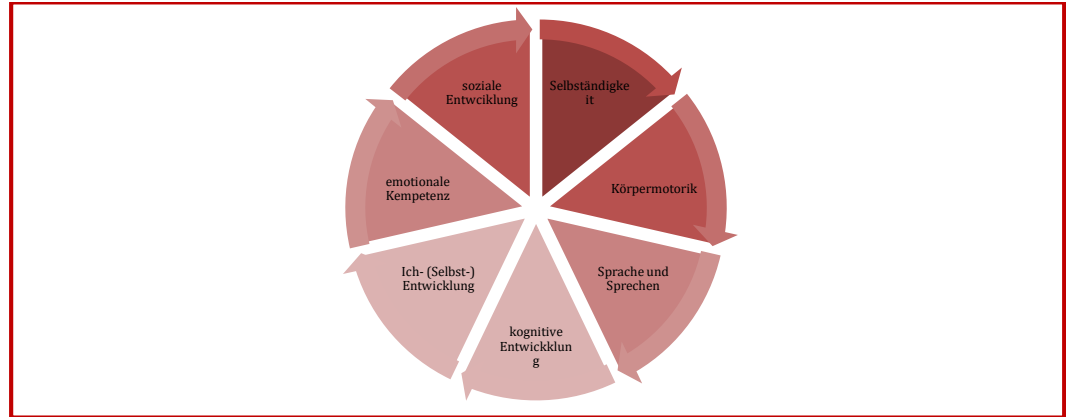


Abbildung 6: Entwicklungspfade nach Michaelis und Niemann (2017)



Michaelis, R. & Niemann, G. W. (2017). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Grundlagen, diagnostische Strategien, Entwicklungstherapien und Entwicklungsförderungen. Stuttgart, New York: Thieme. Kapitel 1 und 4.

Entwicklungspfad Körpermotorik:

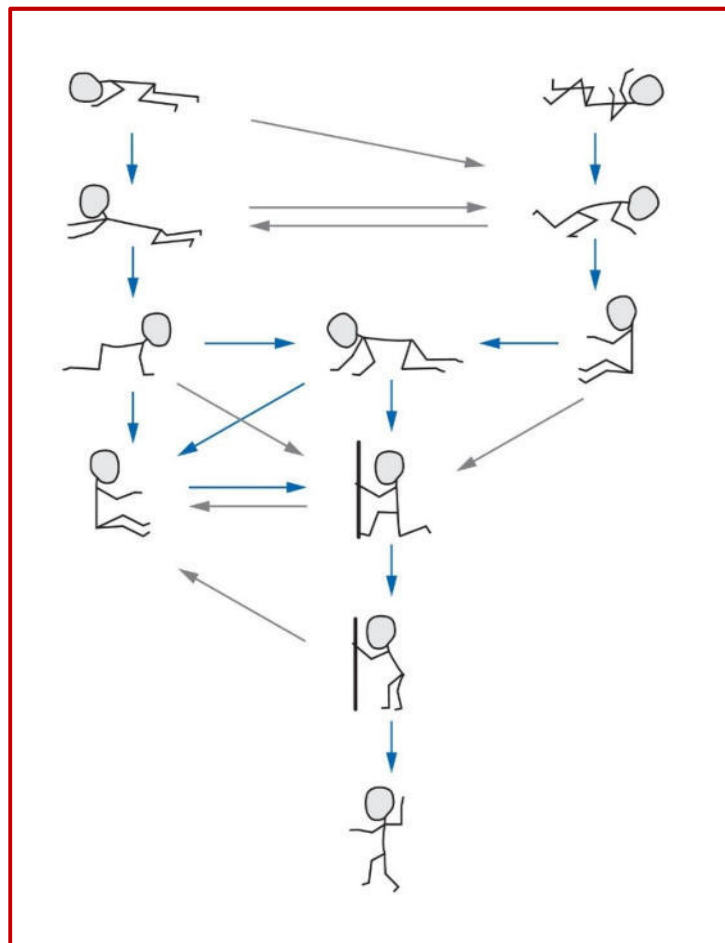


Abbildung 7: Variante, normale Verläufe der motorischen Entwicklung vom Liegen in Bauch- oder Rückenlage bis zum freien Gehen (Michaelis & Niemann, 2017, S. 107).

Die Abbildung macht deutlich, dass eine hohe Varianz in der Abfolge der motorischen Entwicklung besteht (blaue Pfeile weisen auf häufigere, graue Pfeile auf weniger häufige Entwicklungsverläufe).

Von abklärungsbedürftigen Auffälligkeiten in der Körpermotorik spricht man dann, wenn sich auffällige neurologische Befunde zeigen (Hypo- oder Hypertonie, Seitendifferenz, auffällige Reflexbefunde) oder wenn das Kind fehlendes motorisches Explorieren oder reduzierte Varianz in seiner Entwicklung zeigt bzw. die Entwicklung rückläufig ist. Die Entwicklung der Hand-Finger-Motorik läuft oft mit hoher Variabilität ab und ist auch in der Reihenfolge der einzelnen Entwicklungsschritte höchst variabel.

Entwicklungspfad Sprache und Sprechen

In der Sprachentwicklung unterscheidet man zwischen rezeptiver Sprache (Sprachverständnis) und expressiver Sprache (Gebrauch gesprochener Sprache). Grundsätzlich handelt es sich dabei um eine hoch komplexe und variable Leistung, was die Entwicklung von Sprachentwicklungstest bzw. deren Normierung massiv erschwert hat, zumal der Einfluss von ungünstigen Umweltbedingungen oder Hörstörungen von großer Bedeutung ist. Der Entwicklungspfad „Sprache und Sprechen“ steht in enger Beziehung zu den Pfaden der kognitiven, der sozialen und auch der motorischen Entwicklung. Insofern muss bei der Diagnostik und Behandlung in besonderem Maße beachtet werden, welche Auswirkungen eine nicht altersentsprechende expressive Sprache auf die Entwicklung des Kindes hat.

Entwicklungspfad kognitive Entwicklung

„Intelligenz und ihre Messung ist ein Produkt unserer Kultur. Sie definiert und misst die sprachlichen, abstrahierenden, argumentierenden Qualitäten für die schulische und berufliche Qualifizierung in unserer Gesellschaft“. (Michaelis & Niemann, 2017, S. 116) Die Definition von Intelligenz bzw. das Konstrukt ihrer Messung steht seit längerem in der Kritik, sowohl hinsichtlich der Validität der erhobenen Daten wie auch grundsätzlich hinsichtlich der

Aussagekraft solcher Ergebnisse und der daraus erlaubten Rückschlüsse (vgl. dazu Rupp, 2014).

Trotzdem ist es wichtig, sich ein Bild von der kognitiven Entwicklung unserer Klient_innen zu machen. Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung zeigen sich oft in einem variationsarmen, desinteressierten Spiel und in Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung. Hier bedarf es einer differenzierten Abklärung, da z. B. Beeinträchtigungen der Hör- und Sehfunktion wie auch Probleme in der Wahrnehmungsverarbeitung ursächlich sein können und negativen Einfluss auf die Sprach- und Spielentwicklung haben können.

Entwicklungspfad soziale Kompetenz

Hierunter versteht man die Fähigkeit „zunehmend kompliziertere soziale Beziehungen mit **anderen** Menschen aufzunehmen und sich in engeren oder erweiterten sozialen Gruppierungen sozial kompetent verhalten zu können“ (Michaelis & Niemann, 2017, S. 122f.). Besonders die soziale Kompetenz ist in hohem Maße von kulturellen und sozio-ökonomischen Anforderungen der Gesellschaft abhängig. Die Fähigkeit, tragfähige Bindungen aufzubauen, beginnt sich schon im Säuglingsalter zu entwickeln. Aber auch das Fremdeln hat seine Bedeutung, als ein Ausdruck der Fähigkeit, sich von fremden Menschen abzugrenzen und Gefahr zu erkennen. Mit zunehmendem Alter entwickelt sich zunächst das parallele und später das gemeinsame Spiel, in dem die verschiedensten Kompetenzen erprobt und eingeübt werden.

Entwicklungspfad emotionale Kompetenz

Sein eigenes emotionales Erleben zunehmend besser wahrzunehmen und die eigenen Emotionen besser zu regulieren, ist Inhalt dieses Entwicklungspfad. Im Unterschied zur sozialen Entwicklung, d. h. der Kompetenz, mit anderen Menschen in soziale Beziehungen zu treten, geht es beim Entwicklungspfad der emotionalen Kompetenz um die Fähigkeit, die eigenen Gefühle wahrnehmen und regulieren zu können. Deutlich wird dies z. B. in der Zeit der Einschulung, wenn Kinder sich mit neuen Herausforderungen auseinan-

dersetzen müssen und hohe Anforderungen an die Regulation ihrer Emotionen gestellt werden.

Entwicklungspfad der Ich- (Selbst-) Entwicklung

„Die Entwicklung eines Bewusstseins von sich selbst (Selbstbewusstheit) ist Voraussetzung für den Aufbau einer eigenen Persönlichkeit. Die Vorstellungen über sich selbst und die Einschätzung der eigenen Persönlichkeit bestimmen letztendlich die Qualität des Selbstwertgefühls (Wertschätzung der eigenen Person) aber auch die des Selbstbewusstseins (Wissen um die eigenen Fähigkeiten)“. (ebd., S. 131) Inzwischen geht man davon aus, dass über die Körpereigenwahrnehmung (taktil-kinästhetische, proprioceptive und vestibuläre Modalität), eng verknüpft mit frühen Bindungserfahrungen, schon viel früher als bisher angenommen eine Strukturierung der eigenen Identität erfolgt.

Entwicklungspfad Selbstständigkeit

Bei der Entwicklung der Selbstständigkeit zeigt sich eine hohe Abhängigkeit von den sozio-kulturellen Gegebenheiten, in denen ein Kind aufwächst. So sind die Anforderungen an ein Kind innerfamiliär wie auch interkulturell sehr unterschiedlich und selbst in unserer Kultur schwer miteinander zu vergleichen. Kinder erreichen die verschiedenen Meilensteine der Selbstständigkeitsentwicklung zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten. Ein gravierender Einschnitt ist auch hier die Einschulung, wobei zudem je nach Schulform die Anforderungen an die Selbstständigkeit stark differieren.

Weiterführende Literatur

Hoffmann, G. F., Lentze, M. J., Spranger, J. & Zepp, F. (Hrsg.). (2015). Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-54671-6>

Michaelis, R., Berger, R., Nennstiel-Ratzel, U. & Krägeloh-Mann, I. (2013). Validierte und teilvalidierte Grenzsteine der Entwicklung. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 161 (10), S. 898–910. DOI: 10.1007/s00112-012-2751-0

Michaelis, R. & Niemann, G. W. (2017). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Grundlagen, diagnostische Strategien, Entwicklungstherapien und Entwicklungsförderungen. Stuttgart, New York: Thieme.

Rupp, C. (2014). Intelligenz – Teil 4: Was messen IQ-Tests und worin besteht die Berechtigung? In: *psychology-blog*. Zugriff am 17.02.2018. Verfügbar unter <https://psychology.com/tag/kritik-an-intelligenztests/>

Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2012). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim, Basel: Beltz.

2.4 Modelle der Befunderhebung

Lernziel: Die Studierenden erörtern aktuelle Modelle der Befunderhebung in der Pädiatrie und reflektieren deren Einfluss auf die Therapieplanung.

Geht man vom Modell der Entwicklungspfade aus, so wird deutlich, wie schwierig es ist, Kinder in ihrer Entwicklung einzuschätzen, wenn man dies losgelöst vom soziokulturellen Kontext tut, ganz abgesehen davon, dass es fraglich ist, welchen Aussagewert Entwicklungstests haben, die sich an einer strengen Hierarchisierung der Entwicklung orientieren und dadurch eine große Zahl von falsch-positiven Befunden produzieren. Entwicklungstests haben die Aufgabe, Kinder mit bestehenden oder drohenden Beeinträchtigungen in ihrer Entwicklung zu erkennen, um sie dann durch Förderung zu unterstützen, Anschluss an Kinder ihres Alters zu gewinnen. Prüft man jedoch nur auf Fertigkeiten, so vernachlässigt man nicht nur die hohe Variabilität der Entwicklung, die gerade bei kleinen Kindern zu finden ist, sondern auch die Qualität der Entwicklung zugunsten einer quantitativen Beurteilung.

Sucht man in der Literatur nach Modellen interdisziplinärer Befunderhebung, findet man berufsgruppenspezifische Befundmittel, die in ihrer Befundzusammenfassung so formuliert sind, dass sie den Anspruch erfüllen, im interdisziplinären Team den eigenen Standpunkt darzustellen und daraus eine gemeinsame Behandlungsplanung abzuleiten. Gemeinsame Befundmittel,

so man nicht die ICF bzw. ICF-CY einsetzt, scheint es kaum zu geben. Ziel dieser Einheit soll es daher sein, die Befundmittel der einzelnen Disziplinen auf ihre Eignung für das interdisziplinäre Team hin zu prüfen, diese kurz vorzustellen und Forderungen für interdisziplinäre Befundsysteme für den pädiatrischen Bereich zu formulieren.

Das PEDI-D als ein Befundmittel für das interdisziplinäre Team



Abbildung 8: Buchcover des PEDI-D

Ein Beispiel für ein interdisziplinär nutzbares Assessment ist das „Pediatric Evaluation of Disability Inventory“ zur Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigung von Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger und Andrellos (2014). Dieses wurde von Christina Schulze und Julie Page ins Deutsche übersetzt und hinsichtlich der Inhaltsbereiche und der Skalierung überarbeitet.

Das PEDI-D orientiert sich an der ICF und unterscheidet zwischen Leistungsfähigkeit mit der Skala „funktionelle Fertigkeiten“ (z. B.: Das Kind kann
Letzte Aktualisierung: 07.08.2020

seine Hose allein anziehen) und tatsächlich gezeigter Leistung, die indirekt über die Skala „Unterstützung durch die Betreuungsperson“ erhoben wird (z. B.: Das Kind zieht seine Hose morgens nicht allein an). Das Assessment betrachtet als solches also das Kind in seinem Umfeld und vergleicht dies mit alterstypischer bzw. in diesem Alter erwartbarer Entwicklung. In den Domänen „Selbstversorgung“, „Mobilität“ und „soziale Kompetenzen“ werden sowohl die funktionellen Fertigkeiten wie auch die Unterstützung durch die Betreuungsperson und mögliche Modifikationen (z. B. Sitzhilfen, Adaptationen für den Bereich Essen) erfasst. Es ist für Kinder von sechs Monaten bis 7;6 Jahren konzipiert, jedoch auch geeignet für ältere Kinder mit Beeinträchtigungen.

Mit seinen Bereichen „Selbstversorgung“, „Mobilität“ und „soziale Kompetenzen“ (wobei hier auch die sprachlichen und kommunikativen Kompetenzen subsumiert werden) sowie der Betrachtung der „Unterstützung durch eine Hilfsperson“ ist das PEDI-D in besonderem Maße geeignet, von Pflegefachkräften, Physiotherapeut_innen, Logopäd_innen und Ergotherapeut_innen als gemeinsames Instrument zur Feststellung der Leistungsfähigkeit, der tatsächlich gezeigten Leistung wie auch der Modifikation bzw. Unterstützung genutzt zu werden. Die Skalierung der Leistungsfähigkeit erlaubt sowohl die Festlegung von Therapiezielen (wenn etwa deutlich wird, dass das Kind tatsächlich mögliche Leistungen im Alltag gar nicht erproben und umsetzen kann) als auch die Dokumentation der Entwicklung. Dies ist von Bedeutung, wenn Kinder aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigung und der damit verbundenen reduzierten Entwicklungsgeschwindigkeit im Vergleich zu ihren Altersgenoss_innen einen immer größeren Abstand aufweisen, sie also in gängigen Entwicklungstests eigentlich immer schlechter abschneiden, obwohl sie möglicherweise deutliche Fortschritte zeigen. Mithilfe dieses Assessments kann jedoch die Entwicklung des Kindes dokumentiert und deutlich gemacht werden, dass durchaus eine positive Entwicklung zu beobachten ist, auch wenn es nicht dieselben Entwicklungsfortschritte zeigt wie seine Altersgenoss_innen.

Bereich „Selbstversorgung“	Bereich „Mobilität“	Bereich „Soziale Kompetenzen“
<ul style="list-style-type: none"> • Nahrungskonsistenz • Gebrauch von Besteck • Gebrauch von Trinkbehältern • Zähneputzen • Kämmen • Naseputzen • Händewaschen • Waschen von Körper und Gesicht • Kleidungsstücke zum Überziehen / vorne offene Kleidungsstücke • Kleidungsverschlüsse • Hose • Schuhe / Socken • Toilette • Blasenkontrolle • Darmkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer auf die Toilette • Transfer auf den Stuhl / Rollstuhl • Transfer ins Auto • Transfer ins Bett / Mobilität im Bett • Fortbewegungsart im Haus: Methoden • Fortbewegungsart im Haus: Distanzen / Geschwindigkeit • Fortbewegung im Haus: zieht / trägt Gegenstände • Gehen draußen: Methode • Gehen draußen: Distanzen / Geschwindigkeit • Fortbewegung draußen: Oberflächen • Treppen hinaufsteigen • Treppen hinabsteigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstehen von Wortbedeutungen • Verstehen von unterschiedlich komplexen Sätzen • Funktioneller Einsatz von Kommunikation • Komplexität der expressiven Kommunikation • Sozial interaktives Spiel mit Erwachsenen • Interaktion mit Gleichaltrigen • Spielen mit Gegenständen • Informationen zur eigenen Person • Zeitliche Orientierung • Mithilfe im Haushalt • Selbstschutz • Einbindung in das soziale Umfeld

Tabelle 3: Subskalen der Bereiche „Selbstversorgung“, „Mobilität“ und „Soziale Kompetenzen“ der Skala „Funktionelle Fertigkeiten“

Bereich „Selbstversorgung“	Bereich „Mobilität“	Bereich „Soziale Kompetenzen“
<ul style="list-style-type: none"> • Nahrungsaufnahme • Körperpflege • Waschen / Baden • An- / Auskleiden des Oberkörpers • An- / Auskleiden des Unterkörpers • Toilette • Blasenkontrolle • Darmkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer auf den Stuhl / die Toilette • Transfer ins Auto • Transfer ins Bett / Mobilität im Bett • Transfer in die Badewanne / Dusche • Fortbewegung im Haus • Fortbewegung draußen • Treppensteigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionelles Verständnis • Funktionelles Ausdrucksvermögen • Gemeinsame Problemlösung • Spiel mit Gleichaltrigen • Sicherheit

Tabelle 4: Aktivitäten aus den Bereichen „Selbstversorgung“, „Mobilität“ und „Soziale Kompetenzen“, die mit Items der Skalen „Unterstützung durch die Betreuungsperson“ und „Modifikation“ (Teil II und III) bewertet werden.



Durchführung des PEDI-D. Verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=mwlb8jTeybM>

Die Fragen des Assessments können durch die Fachpersonen des interdisziplinären Teams gemeinsam beantwortet werden, durch ein Interview der Betreuungsperson oder auch durch eine Mischung aus beidem. Allerdings sollten die Bewerter_innen mit den häuslichen und / oder institutionellen Lebensumständen des Kindes gut vertraut sein. Das PEDI-D entbindet die

Therapeut_innen nicht von ihrer fachbereichsspezifischen Befunderhebung, bietet jedoch ein hervorragendes Mittel zur Behandlungsplanung und Zielvereinbarung mit den Eltern und Kindern sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit (z. B. auch mit Frühförderern und Frühförderinnen oder Erziehern und Erzieherinnen im Kindergarten, Psycholog_innen und Ärzt_innen) wie auch für Forschungszwecke.

PEDI-D
Bewertungsbogen

Zusammenfassung

Registriertes Sozial-Pädagogisches Institut

Name: 5 [REDACTED]

Datum der Befragung (TT/MM/JJJJ): 10 '17

Alter zum Zeitpunkt der Erfassung (TT/MM/JJJJ): 2;11

Studiennummer für Forschungszwecke: _____

Befragte Person und Interviewerin/Interviewer: Mutter

Zusammenfassung der Bewertung

Bereich	Rohwert	T-Wert	Standard Error of Measurement (SEM)	Skalierter Wert	SEM
SELBSTVERSORGUNG	36	39,1	2,5	53,0	1,6
MOBILITÄT	45	39,4	3,9	65,0	2,4
SOZIALE KOMPETENZEN					
SOZIALE KOMPETENZEN					
SELBSTVERSORGUNG	13	43,6	3,8	47,3	3,9
MOBILITÄT	30	48,4	4,7	72,2	5,1
SOZIALE KOMPETENZEN					
SOZIALE KOMPETENZEN	15	49,7	3,0	61,3	4,6

Modifikationshäufigkeit

SELBSTVERSORGUNG (8 Items)				MOBILITÄT (7 Items)				SOZIALE KOMPETENZEN (5 Items)			
Keine	Kinder-spezifisch	Reha-bilitativ	Umfassend	Keine	Kinder-spezifisch	Reha-bilitativ	Umfassend	Keine	Kinder-spezifisch	Reha-bilitativ	Umfassend
3	5	0	0	5	2	0	0	5	0	0	0

Score-Profil

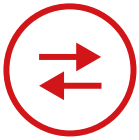
Bereich	F-Wert	Skalierter Wert
SELBSTVERSORGUNG		
MOBILITÄT		
SOZIALE KOMPETENZEN		
SELBSTVERSORGUNG		
MOBILITÄT		
SOZIALE KOMPETENZEN		

±2 Standardabweichungen

© Schulz-Kirchner Verlag, Idstein, 2014. Urheberrechtlich geschütztes Material. Vervielfältigungen jeglicher Art sind nicht gestattet.

6

Abbildung 9: Beispiel eines PEDI-D-Profiles.



e-tivity: Befunderhebung im interprofessionellem Team

Weiterführende Literatur

Gebhard, B. & Jagusch-Espei, A. (2016). PEDI-D: Aktivitäten des täglichen Lebens bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigung erfassen. In: *Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Frühe Hilfen und frühe Förderung benachteiligter, entwicklungsauffälliger und behinderter Kinder. Organ der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V* 35 (4), S. 224–230.

Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. & Andrellos, P. (2014). *PEDI-D. Pediatric evaluation of disability inventory*. Assessment zur Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigung [Übers. u. bearb. v. C. Schulze & J. Page]. Idstein: Schulz-Kirchner.

2.5 Therapieansätze / Interprofessionele Konzepte

Lernziel: Die Studierenden setzen sich beispielhaft mit einem Therapiekonzept auseinander und diskutieren anhand dieses Konzeptes die Therapieplanung im interprofessionellen Team.

Aufgrund des immer weiter zunehmenden und immer spezifischer werdenden Wissens in den Therapie- und Pflegewissenschaften ist es nicht mehr möglich, selbst im eigenen Gebiet Experte bzw. Expertin in allen Bereichen zu sein. So kommt es auf der einen Seite zu einer immer größeren Spezifizierung in den einzelnen Disziplinen. Auf der anderen Seite bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen, um die Herausforderungen des Gesundheitssystems zu bewältigen. Dies muss in enger Kooperation geschehen (dazu Kraus, 2018). Die praktische Umsetzung gestaltet sich aufgrund verschiedener Kontextbedingungen jedoch schwierig und beschränkt sich oft notgedrungen auf gemeinsame Fall- bzw. Projektbesprechungen.

Zwar existieren Therapiekonzepte (wie beispielsweise Psychomotorik oder Sensorische Integrationstherapie), die zum Methodenkanon verschiedener Akteure und Akteurinnen im Therapieprozess gehören, jedoch haben sich diese Konzepte zum Teil sehr unterschiedlich weiterentwickelt.

Das Bobath-Konzept (NDT)

Exemplarisch soll dies am Beispiel des Bobath-Konzeptes in der Pädiatrie illustriert werden.



Abbildung 10: Karel und Berta Bobath

Dieses Konzept wurde seit der Mitte der 40er Jahre des letzten Jahrhunderts von der Physiotherapeutin Berta Bobath (1907–1991) und ihrem Mann, dem Neurologen Karel Bobath (1906–1991), zur Behandlung von Patient_innen mit spastischen Bewegungseinschränkungen entwickelt. Berta Bobath war bei ihrer Arbeit mit cerebralparetischen Patient_innen aufgefallen, dass sich die Eigenspannung der Skelettmuskulatur durch bestimmte Bewegungen und Lagerungen beeinflussen lässt. Dies konnte das Ehepaar in ersten Studien belegen (Bobath & Bobath, 1950, 1952). Den Bobaths war es immer wichtig, dass es sich bei ihrer Behandlung nicht um eine ‚Methode‘ (aus ihrer Sicht eine Folge von Übungen), sondern um ein Konzept handelt, dass im körperlichen, emotionalen und verbalen Dialog mit den Patient_innen alltags- und funktionsnah umgesetzt und damit ein Teil von deren Alltag wird (siehe dazu Tremli-Sieder, 2003). Insofern ist es auch ganz im Sinne der beiden, dass das Konzept sich immer weiter entwickelt hat und heute unter der Bezeichnung NDT-Bobath-Konzept folgendermaßen von der European Bobath-Tutors Association (EBTA) definiert wird: „The NDT-Bobath concept offers a forward looking interdisciplinary problemsolving approach to the assessment, treatment and management of any individual with limited ability to fully participate in daily life due to impairment of motor (including tone and patterns of movement), sensory, perceptual and cognitive function, resulting from a CNS disorder“. (Viebrock & Forst [Hrsg.], 2008, S. 4)



Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse e.V.: Das Bobath-Konzept. Ein Therapie-Konzept für Kind und Familie. Verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?time_continue=11&v=y_pN3m5w5QQ

Von Anfang an wurde das Bobath-Konzept in verschiedenen therapeutischen und pflegerischen Disziplinen genutzt. In der Physiotherapie liegt der Schwerpunkt der Arbeit nach dem Bobath-Konzept in den Bereichen der Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle (Grafmüller-Hell, 2008). Dies sollte in enger Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen und den in der Pflege Beschäftigten geschehen, da es sich um ein 24-Stunden Konzept handelt, also nur sinnvoll und effektiv sein kann, wenn es über den gesamten Tagesablauf umgesetzt wird. In der Logopädie findet es bei Klient_innen mit neurologischen Krankheitsbildern Einsatz bei der Erarbeitung physiologischer Schluck- und Sprechmuster. Der Fokus der Ergotherapie liegt auf der Übertragung erlernter Bewegungskompetenzen in Alltagshandlungen und der Partizipation der Klient_innen.



e-tivity: Diskussion zur Evidenz des Bobath-Konzeptes und Diskussion zur interprofessionelle Umsetzung im Berufsalltag.

Weiterführende Literatur

Bobath, K. & Bobath, B. (1950). Spastic paralysis treatment by the use of reflex inhibition. In: *The British journal of physical medicine including its application to industry* 13 (6), S. 121–127.

Bobath, K. & Bobath, B. (1952). A treatment of cerebral palsy based on the analysis of the patient's motor behavior. In: *The British journal of physical medicine including its application to industry* 15 (5), S. 107–117.

Hengelmolen-Greb, A. (2016). Bobath-Konzept – Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath-Grundkursen: Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? In: *physioscience* 12 (01), S. 17–25. DOI: 10.1055/s-0035-1567066.

Steding-Albrecht, U. (Hrsg.). (2003). Das Bobath-Konzept im Alltag des Kindes. Ergotherapeutische Prinzipien und Strategien. Stuttgart: Thieme.

Viebrock, H. & Forst, B. (Hrsg.). (2008). Bobath. Stuttgart, New York: Thieme.

2.6 Rahmenbedingungen und Elternarbeit

Lernziel: Die Studierenden reflektieren die besonderen Rahmenbedingungen in der Pädiatrie und diskutieren Aspekte der Elternarbeit aus Sicht der verschiedenen Berufsgruppen.

Als Pflegende und Therapeut_innen sind wir Teil eines Netzwerkes von pädagogisch, medizinisch oder therapeutisch Tätigen wie auch des familiären und sozialen Umfeldes unserer Patient_innen bzw. Klient_innen. Dabei haben wir zu diesen oft einen sehr engen Kontakt, der uns einen intensiven Einblick in das Beziehungsgefüge der Kinder und ihrer Angehörigen ermöglicht. Oft kann die Therapie „ihre Wirkung nur entfalten, wenn es gelingt, den Eltern die Ziele und therapeutischen Ansätze verständlich zu machen“. (Schaefgen, 2015, S. 347) Auch wenn hinsichtlich dieser Einstellung inzwischen Konsens besteht, gibt es doch nur wenige Beratungsmodelle (Grosch, Langsdorf & Koch, 2008), und Therapeut_innen und Pflegende sind oft auf ihre persönlichen Erfahrungen angewiesen.



Lewin, L. & Neugebauer, E. (2017). Occupational performance coaching – Eltern in ihrer Handlungskompetenz und Handlungsrolle durch Coaching stärken. Occupational performance coaching – Strengthening parents in their occupational performance and occupational role. In: *ergoscience* 12 (3), S. 102–113.

Occupational Performance Coaching – Ein Instrument zur Elternberatung

In der Arbeit mit Kindern und ihren Familien kann das Occupational Performance Coaching (OPC) von Graham und Rodger (2010) ein geeigneter Ansatz sein. Dieser teilt den Beratungsprozess in seine drei Anteile (Emotional Support, Information Exchange und Structural Process). Die verschiedenen Anteile variieren je nach Zeitpunkt des Kontaktes und aktuellen Bedürfnis-

sen. So können zu Beginn eines Prozesses die Anteile des Emotional Support (z. B. Krankheitsbewältigung) im Vordergrund stehen, oder aber es ist wichtiger, die strukturellen Voraussetzungen (z. B. Abläufe während der Therapie) zu klären bzw. die Familie mit Informationen (etwa hinsichtlich des Krankheitsbildes) zu versorgen. Sinnvoll ist es jedoch, dass sich Pflegende bzw. Therapeut_innen bewusst sind, welcher Anteil bzw. welche Anteile im Moment im Vordergrund stehen. Zudem kann es ausgesprochen hilfreich sein, die Anteile des OPC als Vorbereitung bzw. Leitfaden für ein Gespräch mit den Klient_innen bzw. deren Angehörigen zu nutzen oder auch, um z. B. ein Anamnesegespräch nachzubearbeiten.

Emotional Support	Information Exchange	Structural Process
Listen	Collaborative Performance Analysis	Set Goal
Empathise	Typical Development	Explore Options
Reframe	Health Condition	Plan Actions
Guide	Teaching and Learning Strategies	Carry Out Plan
Encourage	Specialised Strategies	Check Performance
	Community Ressources and Entitlements	Generalized

Tabelle 5: Die drei Befähigungsbereiche / Three enabling domains (Graham & Rodger, 2010, S. 205).



e-tivity: Literaturrecherche zu Elternarbeit und kooperative tabellarische Zusammenstellung

Weiterführende Literatur

Bratka, M. (2011). Vergleich der Ansätze „Starke Eltern – Starke Kinder“, Triple P und Elterncoaching und ihre Bedeutung in der Sozialen Arbeit. Bachelorarbeit,

Hochschule Neubrandenburg, FB Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung. Zugriff am 17.02.2018. Verfügbar unter http://digibib.hs-nb.de/resolve?id=dbhsnb_thesis_0000000612

Czyganowski, M. (2008). Elterngespräche – Reden ist Gold. In: *ergopraxis* 01 (05), S. 36–38. DOI: 10.1055/s-0030-1261712

Fichtner, A., Brüggen, S. & Huber, B. (2005). *Elternberatung nach dem kanadischen Modell*. Ein Leitfaden für Ergotherapeuten. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Vogel, G. (1995). Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44 (1), S. 23–30.

2.7 Kinderschutz in der Medizin

Lernziel: Die Studierenden beschäftigen sich mit Aspekten des Kinderschutzes in der Medizin und setzen sich mit ihrer Rolle im Kinderschutz auseinander.

Obwohl Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen wie auch Mitarbeiter_innen in Therapieberufen oft einen zeitlich und auch emotional sehr nahen Bezug zu den Patient_innen und deren Familien haben, wird ihre Rolle bei der Erkennung von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung in der Praxis wie auch in der Forschung in Deutschland erst seit kurzem und nicht systematisch genutzt und thematisiert, wohingegen das Thema in der englischsprachigen Literatur schon seit den 1980er Jahren Inhalt von theoretischen Arbeiten und Studien in der Pflegewissenschaft ist (vgl. etwa Sanders & Cobley, 2005; Hunter, 2015). Pflegende und Therapeut_innen verfügen gewöhnlich über zu wenig Wissen, um die Formen von (vermuteter oder offensichtlicher) Kindesmisshandlung zu erkennen. Zudem besteht häufig Unsicherheit hinsichtlich rechtlicher und struktureller Abläufe bei Misshandlungs- bzw. Missbrauchsverdacht. Mit dem seit Januar 2012 geltenden Kinderschutzgesetz (BkiSchG) wurde der Kinderschutzauftrag in Deutschland konkretisiert.

Gesetzliche Grundlagen

Sozialgesetzbuch (SGB), VIII, Kinder- und Jugendhilfe, § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung:

„(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen

unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für

erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz)



„Unter **Kindesmisshandlung** werden einzelne oder mehrere Handlungen oder Unterlassungen durch Eltern oder andere Bezugspersonen verstanden, die zu einer physischen oder psychischen Schädigung des Kindes führen, das Potential einer Schädigung besitzen oder die Androhung einer Schädigung enthalten.“ (Fegert & Spröber, 2012, S. 571)



Leitlinie zu Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung

Eine S3-Leitlinie der AWMF ist in der Anmeldung:
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/027-069.html>

Misshandlungsformen

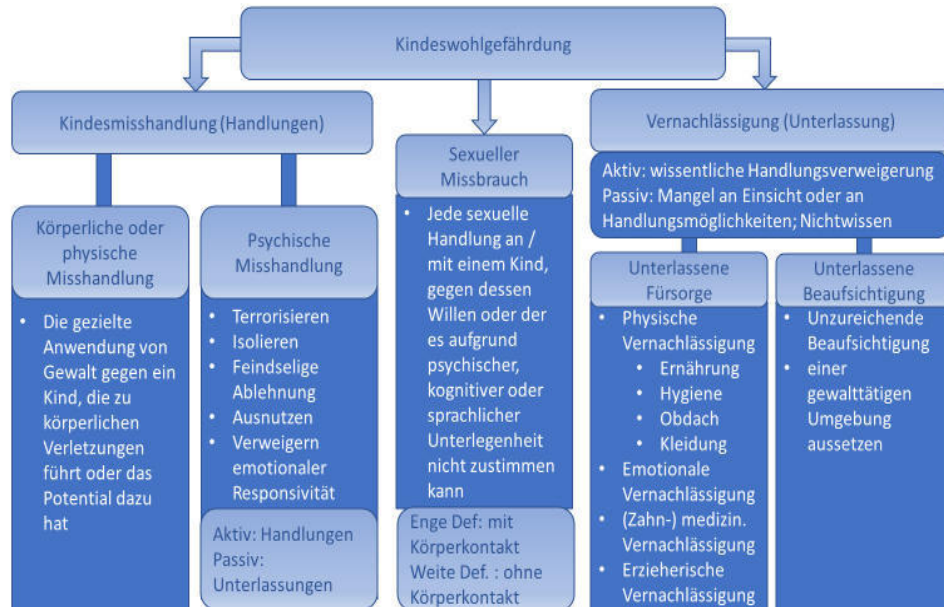


Abbildung 12: Formen der Kindeswohlgefährdung nach Plener, Jud & Kölch (2013).

Epidemiologie von Kindesmisshandlungen

„Kindesmisshandlungen, sexueller Kindesmissbrauch und Vernachlässigung sind Probleme beträchtlichen Ausmaßes. Trotz wenig präziser Schätzungen zum Dunkelfeld kann davon ausgegangen werden, dass das Ausmaß dem von Volkskrankheiten, wie bspw. Typ 2-Diabetes entspricht.“ (Jud, Rassenhofer & Fegert, 2017, o. S.)

			davon nach Art der Kindeswohlgefährdung Anzeichen für ...			
	Verfahren	zusammen*	Ver-nach-lässigung	Körperliche Misshandlung	Psychische Misshandlung	Sexuelle Gewalt
Akute Kindeswohlgefährdung	18.630	23.242	11.745	5.284	5.141	1.072
Latente Kindeswohlgefährdung	22.419	25.615	14.360	4.369	6.027	832

Tabelle 6: Gefährdungseinschätzung nach § 8a Absatz 1 SGB VIII im Jahr 2014 (zitiert nach Jud, Rassenhofer & Fegert, 2017, o. S.).

* Mehrfachnennungen möglich

Hinweise in der Anamnese

Manchmal ist eine Kindesvernachlässigung augenscheinlich, etwa wenn das Kind ungepflegt und mit schadhafte Zähnen in die Therapie kommt. Wenn Eltern wiederholt fadenscheinige Entschuldigungen vorbringen, warum sie sich z. B. nicht um ihr Kind kümmern konnten, ist die Bewertung auch noch relativ eindeutig. Oft handelt es sich aber eher um ein ungutes Gefühl, weil der Patient oder die Patientin sich immer mehr zurückzieht, relativ häufig schwer zu erklärende Verletzungen auftreten oder einfach irgendetwas nicht stimmt. Sinnvolle Hilfe kann der Ampelbogen bieten (Ampelbogen – ein Instrument zur Gefährdungseinschätzung aus dem Dresdner Kinderschutzordner. Verfügbar unter https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/2_Kindeswohlgefaehrung_erkennen_Mai_2013.pdf), um das ungute Gefühl zu objektivieren und die Beobachtungen zu dokumentieren. Sinnvoll ist es, Kontakt zu jemandem aus dem Team zu suchen, um mit ihm die Beobachtungen und das weitere Vorgehen unter Wahrung der Schweigepflicht zu besprechen.

Lesen Sie den Artikel „Dokumentationsbogen zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung gemäß § 8a SGB VIII im Team einer Erziehungsbera-

Letzte Aktualisierung: 07.08.2020



tungsstelle“! Verfügbar unter

<http://www.bke.de/content/application/mod.content/bke-Hinweis%201-16%20Dokumentationsbogen.pdf>

Das Elterngespräch im Kinderschutzfall

Im Fokus des Elterngesprächs im Kinderschutzfall steht immer das Wohl des Kindes. Dieses Gespräch ist insbesondere dann sehr schwierig, wenn nur Vermutungen zu einer Misshandlung bestehen. Aber auch offensichtliche Misshandlungen sind schwierig, weil sie einen Eingriff in die erzieherische Kompetenz der Sorgeberechtigten bedeuten. Hier ist es besonders wichtig, das Augenmerk darauf zu behalten, dass dem Kind aus dem Gespräch keine Nachteile entstehen und den Eltern geholfen wird, Hilfen anzunehmen und im Interesse ihres Kindes Unterstützung zuzulassen.

Lesen Sie den „Leitfaden für Elterngespräche“! Verfügbar unter

https://www.netzwerk-kinderschutz-msh.de/media/A_02_FachWissen/InfoMaterialien/KWG-AH-MSH/8a_AH-3-02_ElternGespraech.pdf



Ablaufschema

Prüfbogen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Verfügbar unter

www.spielwagen-magdeburg.de/wp-content/.../10/7-MGB-Prüfbogen-12-09-25.doc

Ablaufschema bei Kindeswohlgefährdung im zivilrechtlichen Kinderschutz

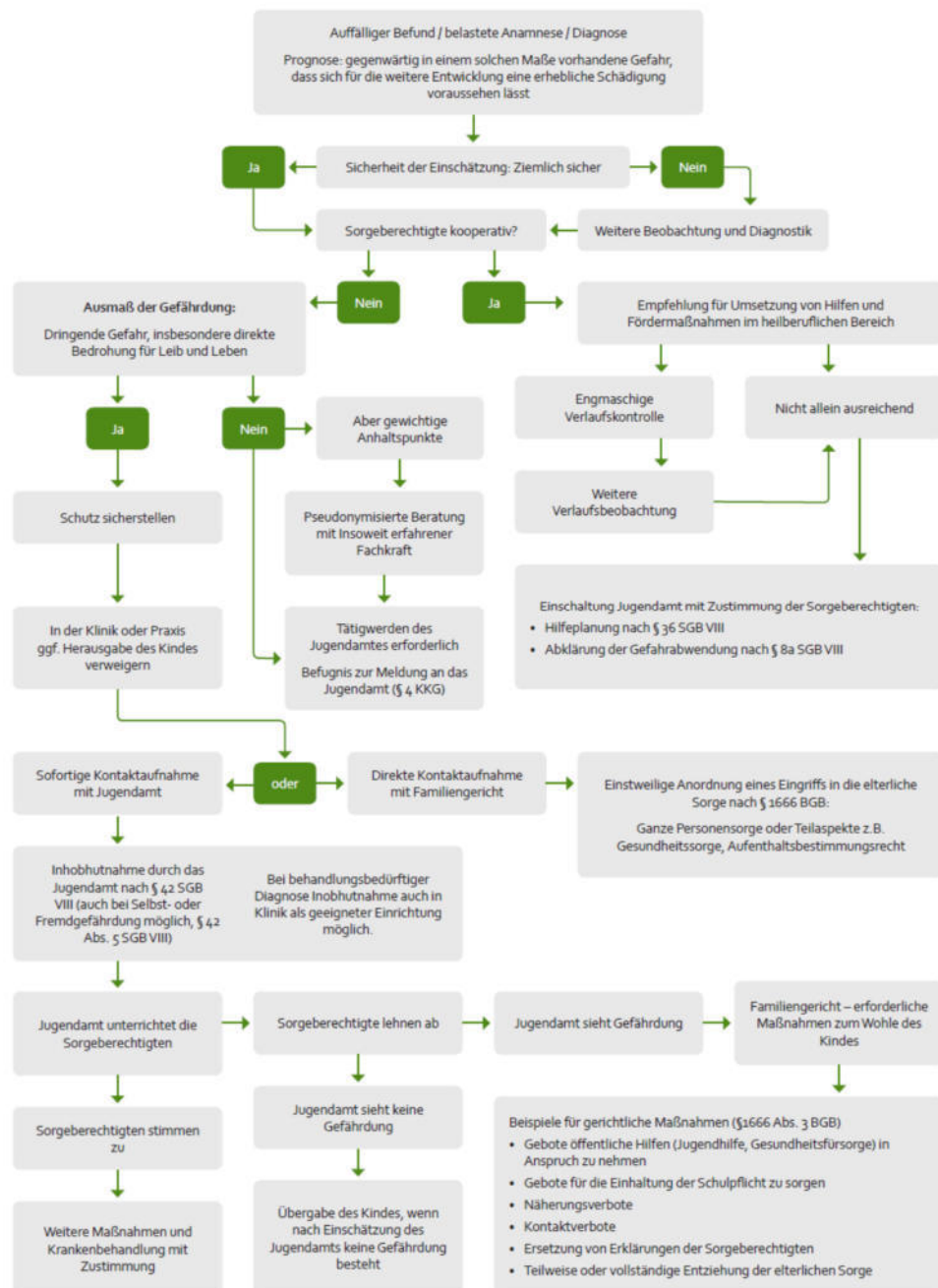


Abbildung 13: Ablaufschema bei Kindeswohlgefährdung (aus: grundkurs.elearning-kinderschutz.de).



Psychohygiene

Lesen Sie das Kapitel „Selbstfürsorge in der Fallarbeit“ aus Fegert, Hoffmann, König, Niehues & Liebhardt (2015), Kapitel 28, S. 285–292. ([Ist das Buch in der Bibliothek vorhanden oder muss es angeschafft werden?](#))



e-tivity: Ablaufpläne bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Weiterführende Literatur

Fegert, J. M., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J. & Liebhardt, H. (Hrsg.). (2015). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Berlin: Springer.

Menne, K. (Red.). (2006). Kinderschutz und Beratung. Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII. Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung.

Pankofer, S. & Mertens, B. (2011). *Kindesmisshandlung*. Stuttgart: UTB, Schöningh.

2.8 Flankierende Berufsgruppen

Lernziel: Die Studierenden kennen flankierende Berufsgruppen und die Grundzüge von deren Arbeitsweise.



„Ein **interprofessioneller Ansatz** beinhaltet eine institutionalisierte oder spontane Interaktion von Professionsmitgliedern unterschiedlicher Art und strebt eine koordinierte systemische Bearbeitung praktischer Probleme an, welche die Patienten und die Leistungen der Serviceanbieter betreffen.“
(Kraus, 2018, S. 135)



„Ein **interdisziplinärer Ansatz** bezieht sich auf einen problemorientierten Austausch *zwischen* den Disziplinen mit der Grundannahme, dass die Probleme nicht durch eine Disziplin zu lösen sind, sondern nur in enger Kooperation von verschiedenen Disziplinen.“ (ebd.)

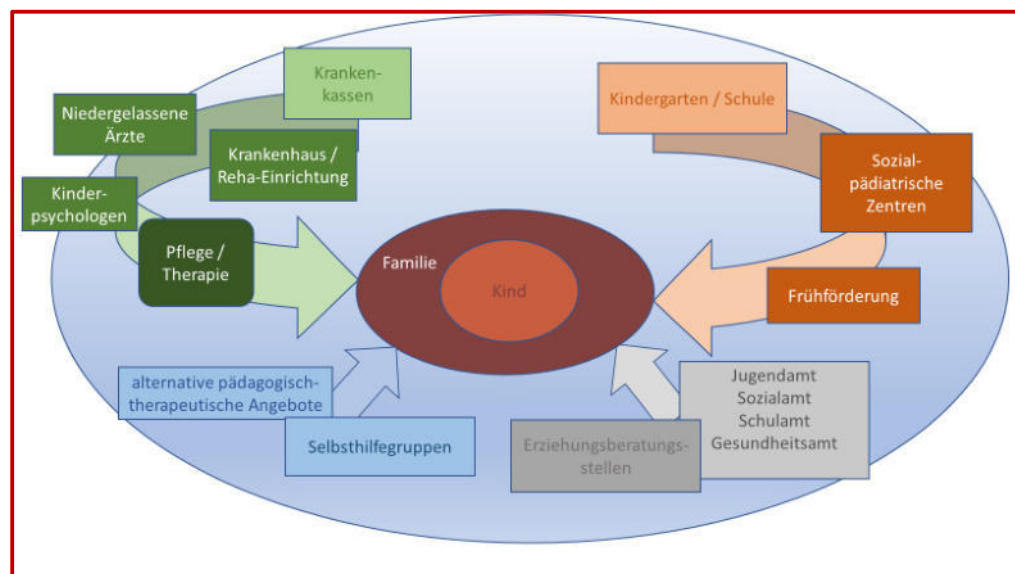


Abbildung 11: Die Akteure und Akteurinnen des interdisziplinären Teams

Als Therapeut_innen und Pflegende sind wir immer Teil eines mehr oder minder intensiv zusammenarbeitenden Teams von medizinischen, pädagogischen, psychologischen und verwaltenden Fachkräften. Für eine effektive und effiziente Zusammenarbeit ist es notwendig, dass wir die Grundzüge der Arbeit der Angehörigen im interdisziplinären Team kennen.



Optionale e-tivity zu Berufsgruppen in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Pädiatrie.

Weiterführende Literatur

Behringer, L. (2005). Interdisziplinarität in der Frühförderung. In: *Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Frühe Hilfen und frühe Förderung benachteiligter, entwicklungsauffälliger und behinderter Kinder. Organ der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V* 24 (4), S. 168–178.

Behringer, L. & Höfer, R. (2005). *Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Bieker, R. (2011). Trägerstrukturen in der Sozialen Arbeit. Ein Überblick. In R. Bieker & P. Floerecke (Hrsg.). *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit* (S. 13–43). Stuttgart: Kohlhammer.

Bieker, R. & Floerecke, P. (Hrsg.). (2011). *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

Gebhard, B., Seidel, A., Sohns, A. & Möller-Dreischer, S. (Hrsg.). (2018). *Frühförderung wirkt – von Anfang an*. Stuttgart: Kohlhammer.

Katzenbach, D. & Möller, N. (2012). „Viele Systeme – Eine Leistung“. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze. Evaluation der interdisziplinär erbrachten Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Abschlussbericht. Hessisches Sozialministerium, Vereinigung Interdisziplinärer Frühförderung in Hessen e.V. (VIFF). Zugriff am 30.01.2018. Verfügbar unter <https://www.uni-frankfurt.de/61301226/2011-Fruehfoerderung-Viele-Systeme---Eine-Leistung.pdf>

Thurmair, M. & Naggl, M. (2010). *Praxis der Frühförderung*. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. München, Basel, Stuttgart: Ernst Reinhardt Verlag.

Information für gehörlose und schwerhörige Menschen mit zusätzlichen Handicaps (imh plus). Verfügbar unter http://www.imhplus.de/index.php?option=com_content&view=article&id=480&Itemid=174&lang=de

Fachportal Frühförderung. Verfügbar unter <http://www.viff-fruehfoerderung.de/eltern/>

3. Prüfungsleistung

Lernziel: Die Studierenden erarbeiten anhand eines gemeinsamen Fallbeispiels die Grundzüge der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Kasuistik

Ihr gemeinsamer Patient Erik wurde in der 32. SSW (1630 Gramm; 43 cm; 31,5 cm Kopfumfang; APGAR 3/8; Nabel-pH 7,31) mittels Sektio nach Blasensprung entbunden. Aufgrund stetiger Sauerstoffsättigungsprobleme entstand der Verdacht eines Undine-Syndroms (G47.3) welcher sich bestätigte, so dass der Junge mit einem Tracheostoma versorgt wurde. Erik erhält seit seinem ersten Lebensmonat Physiotherapie nach Vojta und seit seinem 5. Lebensmonat Ergotherapie nach Bobath sowie Logopädie. Ein Pflegedienst ist rund um die Uhr in der Familie. Dieser bestätigte den Verdacht eines Alkohol- und Nikotinabusus, welcher aufgrund des geringen Geburtsgewichts, der typischen Physiognomie und der Gedeihstörung bestand. Erik hat einen vier Jahre älteren gesunden Bruder.

Inzwischen ist Erik 2;2 Jahre alt. Seine motorische Entwicklung verlief deutlich verzögert (Drehen 9 LbM., Krabbeln 16 LbM., Laufen 23 LbM). Er ist sehr ängstlich, zeigt wenig Freude an Bewegung und sitzt am liebsten mit seinem Bruder vor dem Fernseher. Erik lautiert kaum. Nur selten zeigt er, wenn er etwas möchte, sondern wartet ab, was passiert. Die Eltern sind liebevoll und übernehmen Anregungen gerne, jedoch fördern sie den Jungen selten aus eigenem Antrieb.

Erik soll nun einen integrativen Kindergarten besuchen. Dort soll ihn eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes betreuen. Vorbereitend darauf finden interdisziplinäre Gespräche statt, an denen eine Vertreterin des Pflegedienstes, die behandelnden Therapeutinnen (ET und PT) wie auch die Logopädin des Kindergartens teilnehmen.

Prüfungsaufgabe:

Bilden Sie [x] interdisziplinär besetzte Gruppen! Wählen Sie selbstständig eine geeignete Arbeitsform, um folgende Fragen zu bearbeiten:

Welche Befundmittel möchten Sie nutzen und warum? Differenzieren Sie hierbei nach intra- und interprofessionellen Befundmitteln!

Stellen Sie die Ergebnisse entsprechend der ICF-CY in einem Schaubild zusammen!

Planen Sie Ihre weiteren Ziele möglichst konkret (SMART) und machen Sie deutlich, wer welche Aufgaben übernehmen soll (Pflegerkräfte, Therapeut_innen, Eltern, Erzieher_innen etc.)! Beachten Sie hierbei auch die Rahmenbedingungen der Heilmittelrichtlinien!

Bedenken Sie hierbei folgendes:

- Recherchieren Sie die Evidenzlage zum Undine-Syndrom und leiten Sie daraus Konsequenzen für die einzelnen Berufsgruppen ab!
- Möchten Sie weitere Berufsgruppen ins Boot holen und, wenn ja, mit welcher Ziel- bzw. Fragestellung?
- Wie sieht Ihre konkrete Intervention bezüglich der Sorgfaltspflicht der Eltern aus?
- Entwickeln Sie konkrete Strategien, wie die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team organisiert werden kann!
- Entwickeln Sie ein Schaubild, auf dem Sie die von Ihnen gewählten Interventionen und Ziele übersichtlich zusammenstellen!

Fassen Sie Ihre Ergebnisse in Form einer Powerpointpräsentation von ca. 15 bis 20 Folien (plus Literaturnachweis) zusammen!

4. Ausblick

Gerade im Bereich der Pädiatrie ist die Notwendigkeit der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen augenscheinlich wichtig, da hier oft nicht nur die Patient_innen, sondern deren ganze Familie und soziales Umfeld im Zentrum der Behandlung stehen. Oft begleiten wir die Familien über einen längeren Zeitraum. Berufsgruppenübergreifende Modelle wie das ICF-CY sind dabei ein hervorragendes Mittel, um die Arbeit der eigenen Profession transparent zu machen und gemeinsame Strategien zu entwickeln.

Eine dringliche Aufgabe der kommenden Jahre wird es sein, die Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit wissenschaftlich zu begleiten und geeignete Programme zu entwickeln, wie die vorhandenen Ressourcen möglichst effektiv eingesetzt werden können. Hierzu wird es nötig sein, Strukturen zu schaffen, die die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team ermöglichen und unterstützen. Es liegt also viel Arbeit vor Ihnen!

5. Literaturverzeichnis

Baumgarten, A. & Strebel, H. (Hrsg.). (2016). Ergotherapie in der Pädiatrie. Klientenzentriert – betätigungsorientiert – evidenzbasiert. Idstein: Schulz-Kirchner.

Behringer, L. (2005). Interdisziplinarität in der Frühförderung. In: *Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Frühe Hilfen und frühe Förderung benachteiligter, entwicklungsauffälliger und behinderter Kinder. Organ der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V* 24 (4), S. 168–178.

Behringer, L. & Höfer, R. (2005). *Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Bickenbach, J. & Jerosch-Herold, C. (2009). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Stubner & P. Weber (Hrsg.). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 45 – 54). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bieker, R. (2011). Trägerstrukturen in der Sozialen Arbeit. Ein Überblick. In R. Bieker & P. Floercke (Hrsg.). *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit* (S. 13–43). Stuttgart: Kohlhammer.

Bieker, R. & Floercke, P. (Hrsg.). (2011). *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bobath, K. & Bobath, B. (1950). Spastic paralysis treatment by the use of reflex inhibition. In: *The British journal of physical medicine including its application to industry* 13 (6), S. 121–127.

Bobath, K. & Bobath, B. (1952). A treatment of cerebral palsy based on the analysis of the patient's motor behavior. In: *The British journal of physical medicine including its application to industry* 15 (5), S. 107–117.

Brandau, H. & Kaschnitz, W. (2013). *ADHS im Jugendalter*. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und soziale Arbeit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Bratka, M. (2011). Vergleich der Ansätze „Starke Eltern – Starke Kinder“, Triple P und Elterncoaching und ihre Bedeutung in der Sozialen Arbeit. Bachelorarbeit, Hochschule Neubrandenburg, FB Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung. Zugriff am 17.02.2018. Verfügbar unter http://digibib.hs-nb.de/resolve?id=dbhsnb_thesis_0000000612

Czyganowski, M. (2008). Elterngespräche – Reden ist Gold. In: *ergopraxis* 01 (05), S. 36–38. DOI: 10.1055/s-0030-1261712

Dean, S. G., Siegert, R. J. & Taylor, W. J. (Hrsg.). (2012). *Interprofessional rehabilitation. A person-centred approach*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Ebelt-Paprotny, G., Taxhet, G. & Wappelhorst, U. (Hrsg.). (2017). *Leitfaden Physiotherapie*. München: Elsevier.

Ernst, B. (2015). *Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik für Kinder von drei bis sechs Jahren*. Ein Entwicklungs- und Intelligenztest für das Vorschulalter. Handbuch [MFED 3–6]. München: Medimont-Verlag.

Fegert, J. M., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J. & Liebhardt, H. (Hrsg.). (2015). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen*. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Berlin: Springer.

Fegert, J. & Spröber, N. (2012). Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In J. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 569–596). Berlin, Heidelberg: Springer.

Fichtner, A., Brügggen, S. & Huber, B. (2005). *Elternberatung nach dem kanadischen Modell*. Ein Leitfaden für Ergotherapeuten. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Fischer, A. (2007). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.). *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 96–103). Stuttgart; Thieme.

Frigg, R. (2012). Models in science. In *Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford, CA: Stanford University. Zugriff am 01.05.2018. Verfügbar unter <http://plato.stanford.edu/>

Friedhoff, M. & Jacobs, G. (2015) Ein Konzept – kein Rezept. In: *Pflegezeitschrift* 68 (1), S. 12–16. Zugriff am 15.02.2018. Verfügbar unter http://www.bika.de/fileadmin/user_upload/Dateien_Instruktoren/user_upload/2015.01.03_Bobath-ein_Konzept-kein_Rezept_-_Friedhoff_Jacobs_Lesefahne.pdf

Gebhard, B. & Fink, A. (2015). Partizipation – theoretische Grundlagen und aktuelle Messinstrumente im Kindes- und Jugendalter. In: *Klinische Pädiatrie* 227 (5), S. 251–258. DOI: 10.1055/s-0035-1554701.

Gebhard, B. & Jagusch-Espei, A. (2016). PEDI-D: Aktivitäten des täglichen Lebens bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigung erfassen. In: *Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Frühe Hilfen und frühe Förderung benachteiligter, entwicklungsauffälliger und behinderter Kinder. Organ der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V* 35 (4), S. 224–230.

Gebhard, B., Seidel, A., Sohns, A. & Möller-Dreischer, S. (Hrsg.). (2016). *Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft*. Stuttgart: Kohlhammer.

Gebhard, B., Seidel, A., Sohns, A. & Möller-Dreischer, S. (Hrsg.). (2018). *Frühförderung wirkt – von Anfang an*. Stuttgart: Kohlhammer.

Gesell, A. L. (1928). *Infancy and human growth*. New York: Macmillan.

Grafmüller-Hell, C. (2008). Einsatz des Konzeptes. In H. Viebrock & B. Forst (Hrsg.). *Bobath* (S. 24–26). Stuttgart: Thieme.

Graham, F. & Rodger, S. (2010). Occupational performance coaching. Enabling parent's and children's occupational performance. In S. Rodger (Hrsg.). *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapists* (S. 203–226). Chichester: Wiley-Blackwell.

Grosch, D., Langsdorf, S. & Koch, P. (2008). Elterngespräch. In M. Czyganowski. *Elterngespräch – Reden ist Gold*. In: *ergopraxis* 01 (05), S. 36–38. DOI: 10.1055/s-0030-1261712

Hack, B. M. (2004). *Ethik in der Ergotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. & Andrellos, P. (2014). *PEDI-D. Pediatric evaluation of disability inventory*. Assessment zur Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigung [Übers. u. bearb. v. C. Schulze & J. Page]. Idstein: Schulz-Kirchner.

Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.). (2018). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hengelmolen-Greb, A. (2016). Bobath-Konzept – Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath-Grundkursen: Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? In: *physioscience* 12 (01), S. 17–25. DOI: 10.1055/s-0035-1567066.

Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S. & Thyen, U. (Hrsg.). (2016). *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hirsh-Pasek, K. & Golinkoff, R. (1996). *The origins of grammar: evidence for early language comprehension*. Cambridge, MA: MIT Press.

Hollenweger, J. & Kraus de Camargo, O. A. (Übers., Hrsg.) (2017). *ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Unter Mitarbeit des Deutschen Insti-

tuts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Bern: Hogrefe.

Höppner, H. & Richter, R. (Hrsg.). (2018). Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. Bern: Hogrefe.

Hoffmann, G. F., Lentze, M. J., Spranger, J. & Zepp, F. (Hrsg.). (2015). Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-54671-6>

Hoßfeld, R. (2018). Das Neue Denkmodell der Physiotherapie. In H. Höppner & R. Richter (Hrsg.). Theorien und Modelle der Physiotherapie (S. 115–135). Bern: Hogrefe.

Hucke, B. (2002). Wie kann die ICF-Checkliste für die ergotherapeutische Stuserhebung und Dokumentation eingesetzt oder adaptiert werden? Eine explorative Studie. Bachelorarbeit, Fachhochschule Hildesheim / Holzminden / Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit.

Hunter, J. (2015). An intervention to improve the comfort and satisfaction of nurses in the telephone triage of childmaltreatment calls. In: *Pediatric Nursing* 41, S. 296–300.

Hüter-Becker, A. (2002). *Lehrbuch zum Neuen Denkmodell*. Bd. 1: Bewegungssystem. Stuttgart, New York: Thieme.

Hüter-Becker, A. (Hrsg.). (2010). Physiotherapie in der Pädiatrie. Stuttgart, New York: Thieme.

Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B. M. & Weber, P. (Hrsg.). (2009). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Jud, A., Rassenhofer, M. & Fegert, J. M. (2017). Epidemiologie von Kindesmisshandlung. In E-Learning Kinderschutz. Grundkurs Kinderschutz in der Medizin (Kursunterlagen). Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm. grundkurs.elearning-kinderschutz.de

Katzenbach, D. & Möller, N. (2012). „Viele Systeme – Eine Leistung“. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze. Evaluation der interdisziplinär erbrachten Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Abschlussbericht. Hessisches Sozialministerium, Vereinigung Interdisziplinärer Frühförderung in Hessen e.V. (VIFF). Zugriff am 30.01.2018. Verfügbar unter <https://www.uni-frankfurt.de/61301226/2011-Fruehfoerderung-Viele-Systeme---Eine-Leistung.pdf>

Kauschke, C. (2012). *Kindlicher Spracherwerb im Deutschen: Verläufe, Forschungsmethoden, Erklärungsansätze*. Berlin: De Gruyter.

Klann-Delius, G. (2016). *Spracherwerb*. Eine Einführung. Stuttgart: J. B. Metzler.

Klemme, B., Geuter, G. & Willimczik, K. (2007). Physiotherapie – Über eine Akademisierung zur Profession. In: *physioscience* 3 (2), S. 80–87.

Kraus, E. (2018). Internationale Perspektiven auf die Voraussetzungen einer effizienten Diagnostik und Therapie unter dem Anspruch von Teilhabe und Partizipation. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 127–146). Berlin: Springer.

Langangke, M. & Kirschke, S. (2018). Potenziale und Grenzen des EBM-Paradigmas in den Gesundheitswissenschaften. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 183–196). Berlin: Springer.

Landgraf, M. N. & Heinen, F. (2017). *Fetale Alkoholspektrumstörungen*. S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: Kohlhammer.

Largo, R. H. (2017). *Babyjahre*. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren. München: Piper.

Largo, R. H. (2017). *Das passende Leben*. Was unsere Individualität ausmacht und wie wir sie leben können. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Lewin, L. & Neugebauer, E. (2017). Occupational performance coaching – Eltern in ihrer Handlungskompetenz und Handlungsrolle durch Coaching stärken. Occupational performance coaching – Strengthening parents in their occupational performance and occupational role. In: *ergoscience* 12 (3), S. 102–113.

Mall, V. & Friedmann, A. (Hrsg.). (2016). Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie*. Reflektiert – systematisch – wissenschaftlich fundiert. Berlin, Heidelberg: Springer.

Menne, K. (Red.). (2006). Kinderschutz und Beratung. Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII. Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung.

Meyer, I. (2011). Das Bobath-Konzept heute – viel Lärm um nichts? In: *intensiv* 19 (4), S. 191–197.

Michaelis, R., Berger, R., Nennstiel-Ratzel, U. & Krägeloh-Mann, I. (2013). Validierte und teilvalidierte Grenzsteine der Entwicklung. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 161 (10), S. 898–910. DOI: 10.1007/s00112-012-2751-0

Michaelis, R. & Niemann, G. W. (2017). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Grundlagen, diagnostische Strategien, Entwicklungstherapien und Entwicklungsförderungen. Stuttgart, New York: Thieme.

Mischo-Kelling, M. (2012). *Zur Theorie des Pflegehandelns*. Eine explorative Studie zur Bedeutung des Selbst, Selbstkonzeptes und Körperbilds für die Transformation des Pflegemodells von Roper, Logan & Tierney in eine pragmatisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns. Diss. Universität Bremen. Zugriff am 31.03.2018. Verfügbar unter <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102745-1.pdf>

Montada, L., Lindenberger, U. & Schneider, W. (2012). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (S. 27 – 48). Weinheim, Basel: Beltz.

Pankofer, S. & Mertens, B. (2011). *Kindesmisshandlung*. Stuttgart: UTB, Schöningh.

Plener, P., Jud, A. & Kölch, M. (2013). Kinderschutz und sexueller Missbrauch. (Powerpoint-Präsentation). Zugriff am 18.02.2018. Verfügbar unter <http://docplayer.org/58337166-Herzlich-willkommen-referenten-kinderschutz-und-sexueller-missbrauch-inhalt-pd-dr-p-plener-dr-a-jud-prof-dr-m.html>

Polatajko, H. J., Townsend, E. A. & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In E. A. Townsend & H. J. Polatajko. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being & Justice through Occupation* (S. 23). Ottawa, ON: CAOT Publication ACE.

Probst, A. (2004). Mehr als graue Theorie. In: *physiopraxis* 2 (2), S. 34–37.

Rausch, M. (2018). Zum Wissenschaftsverständnis in Logopädie und Sprachtherapie. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 1–16). Berlin: Springer.

Richter, R. (2016). *Physiotherapie und Wissenschaft*. Diss. Universität Potsdam. Zugriff am 29.03.2018. Verfügbar unter https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/9470/file/richter_diss.pdf

Rodger, S. (Hrsg.). *Occupation-centered practice with children. A practical guide for occupational therapists*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Rupp, C. (2014). Intelligenz – Teil 4: Was messen IQ-Tests und worin besteht die Berechtigung? In: *psychology-blog*. Zugriff am 17.02.2018. Verfügbar unter <https://psychology.com/tag/kritik-an-intelligenztests/>

Sanders, T. & Cobley, C. (2005). Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: an overview of the literature. In: *Accident and emergency nursing* 13 (2), S. 130–136.

Schaefgen, R. (2015). Sensorische Integrationstherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.). *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 342–348). Stuttgart: Thieme.

Scheel, K. (2013): Modelle und Praxiskonzepte der Physiotherapie. Eine Verortung innerhalb von Anthropologie und Ethik. Berlin, Münster: Lit-Verlag.

Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.). (2015). *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme.

Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2012). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim, Basel: Beltz.

Selbmann, H. K. & Kopp, I. (2005). Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. In: *Die Psychiatrie* 2, S. 33–38.

Siegmüller, J. & Höpfe, L. (2018). Experimentelle Therapieforschung in den Gesundheitsberufen – Nahtstelle zwischen Theorie und Empirie. In R. Haring & J. Siegmüller (Hrsg.). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (S. 167–182). Berlin: Springer.

Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.). (2017). *Leitfaden Sprache – Sprechen – Stimme – Schlucken*. München: Elsevier.

Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J. & Probst, J. (2013). *Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. careum working paper 7*. Zugriff am 30.01.2018. Verfügbar unter <http://www.careum.ch/documents/20181/75972/Careum+Working+Paper+7+%28deutsch%2C+Kurzfassung%29/eac49bd2-38a1-44ab-9759-de4222d15cc1>

Steding-Albrecht, U. (Hrsg.). (2003). *Das Bobath-Konzept im Alltag des Kindes*. Ergotherapeutische Prinzipien und Strategien. Stuttgart: Thieme.

Thurmair, M. & Naggl, M. (2010). *Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld*. München, Basel, Stuttgart: Ernst Reinhardt Verlag, UTB.

TremI-Sieder, H. (2003). Das Bobath-Konzept – Entstehung und Entwicklung. In U. Steding-Albrecht (Hrsg.). *Das Bobath-Konzept im Alltag des Kindes*. Ergotherapeutische Prinzipien und Stratgien (S. 5–9). Stuttgart, New York: Thieme.

Viebrock, H. & Forst, B. (Hrsg.). (2008). *Bobath*. Stuttgart, New York: Thieme.

Vogel, G. (1995). Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44 (1), S. 23–30.

Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Korporal, J., Horbach, A., Ayerle, G. M., Schäfers, R. et al. (2016). Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evedenzbasierter Innovationen. Zugriff am 17.02.2018. Verfügbar unter <https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:10702/datastreams/FILE1/content>

6. Link- und Videoverzeichnis

Titel / Link Videos	Seite
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, ICF 	▪
<p>http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/</p>	

- AWMF online ▪
<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/postufenklassifikation.html>
- Stiftung ZQP. Aktuelle Leitlinien und Standards für die Pflege ▪
<https://www.zqp.de/aktuelle-leitlinien-und-standards-fuer-die-pflege-auf-einen-blick>
- imh plus. Informationen für gehörlose und schwerhörige Menschen mit zusätzlichen Handicaps ▪
http://www.imhplus.de/index.php?option=com_content&view=article&id=480&Itemid=174&lang=de
- Fachportal Frühförderung ▪
<http://www.viff-fruehfoerderung.de/eltern/>
- AWMF. Leitlinie zu Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung ▪
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/027-069.html>
- Prüfbogen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ▪
[www.spielwagen-magdeburg.de/wp-content/.../10/7-MGB-Prüfbogen-12-09-25.doc](http://www.spielwagen-magdeburg.de/wp-content/.../10/7-MGB-Pruefbogen-12-09-25.doc)
- Pediatric Clinical Practice Guidelines & Policies, 16th edition ▪
<http://ebooks.aappublications.org/content/pediatric-clinical-practice-guidelines-and-policies-16th-edition>

Titel / Link

Seite

- Empowerment für Ergotherapeuten CMOP-E, CPPF und CMCE von Helen Strebel (33:29) ▪
<https://www.youtube.com/watch?v=pKgHhbMKWcQ>
- Modell des Lebens nach Roper et al.
<https://www.youtube.com/watch?v=mRz5eZ7ogpg>

- PEDI Assessment Video (12:43) ▪
<https://www.youtube.com/watch?v=mwlb8jTeybM>
 - Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse e.V.: Das Bobath-Konzept, Ein Therapie-Konzept für Kind und Familie (8:43) ▪
https://www.youtube.com/watch?time_continue=11&v=y_pN3m5w5Q
- Q

7. Index

BkiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	Evidenzbasierte Medizin
EBP	Evidenzbasierte Praxis
EBTA	European Bobath Tutors Association
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICF-CY	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Version für Kinder und Jugendliche
LbM	Lebensmonat
MFED	Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik
NDT	Neurodevelopmental Treatment
OPC	Occupational Performance Coaching
PEDI-D	Pediatric Evaluation of Disability Inventory – deutsche Version

SGB	Sozialgesetzbuch
SMART	Wie lautet die offizielle Auflösung?
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

8. Tabellenverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
1	Typologie von Entwicklungstheorien	
2	Auswahl aktueller Leitlinien im Bereich der Pädiatrie, die unter Beteiligung von Fachpersonen aus dem Bereich Pflege (P), Logopädie (L), Physiotherapie (PT) und / oder Ergotherapie (ET) entstanden sind	
3	Subskalen der Bereiche „Selbstversorgung“, „Mobilität“ und „Soziale Kompetenzen“ der Skala „Funktionelle Fertigkeiten“	
4	Aktivitäten aus den Bereichen „Selbstversorgung“, „Mobilität“ und „Soziale Kompetenzen“, die mit Items der Skalen „Unterstützung durch die Betreuungsperson“ und „Modifikation“ (Teil II und III) bewertet werden	
5	Die drei Befähigungsbereiche / Three enabling domains	
6	Gefährdungseinschätzung nach § 8a Absatz 1 SGB VIII im Jahr 2014	

9. Abbildungsverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
1	ICF	
2	Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement	
3	Emergenzmodell	
4	Neues Denkmodell der Physiotherapie	
5	Pflegerisches Handeln im Verlauf der Lebensspanne und im gesellschaftlichen Kontext	
6	Entwicklungspfade nach Michaelis & Niemann	

- 7 Variante, normale Verläufe der motorischen Entwicklung vom Liegen in Bauch- oder Rückenlage bis zum freien Gehen
- 8 Buchcover des PEDI-D
- 9 Beispiel eines PEDI-D-Profiles.
- 10 Karel und Berta Bobath.
- 11 Akteure und Akteurinnen des interdisziplinären Teams.
- 12 Formen der Kindeswohlgefährdung
- 13 Ablaufschema bei Kindeswohlgefährdung



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul B6:
Gesundheit und Ökonomie

Impressum

Modulentwicklung

Prof. Dr. rer. med. Claudia Winkelmann

Modulverantwortung

Prof. Dr. rer. med. Claudia Winkelmann

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



Definition



Tipp



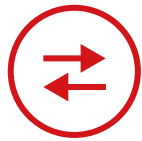
Information



Podcast



Video



Austausch

Querverweis

Externer Link

Inhaltsverzeichnis

Einführung in das Modul B6	5
Woche 1	9
Wirtschaftswissenschaftliche Grundlagen	9
Das ökonomische Prinzip	11
Woche 2	12
Wertschöpfung	12
Stakeholder	12
Zielhierarchie in Gesundheitseinrichtungen.....	13
Konstitutive Entscheidungen	15
Woche 3	16
Ausgewählte betriebswirtschaftliche Analyseinstrumente	16
Einleitung	16
Stakeholderanalyse	18
GAP-Analyse	19
Woche 4	20
ABC-Analyse oder Pareto-Prinzip	20
Woche 5	25
Produktlebenszyklus-Analyse oder Fünf-Phasen-Modell	25
Portfolio-Analyse, BCG-Matrix oder Vier-Felder-Matrix.....	26
SWOT-Analyse.....	27
Woche 6	28
Unternehmensführung	28
Ausgewählte Instrumente des Qualitätsmanagements	29
Einleitung	29
Planet Wissen - Wie gut ist mein Krankenhaus?.....	29
Qualitätsmanagementhandbuch, QM-Handbuch	30
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) und PDCA-Zyklus.....	30
Risikoanalyse	31
Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse (FMEA)	33

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Woche 7	34
Personalmanagement	34
Handlungsfelder	34
Personalwirtschaft	37
Personalbedarfsermittlung	37
Woche 8	41
Personalgewinnung	41
Lebenszyklusorientierte Personalentwicklung (PELZ)	42
Einleitung	42
Berücksichtigung von Lebenszyklen in der Personalentwicklung	43
Einfluss verschiedener Stakeholder auf Personalentscheidungen	45
Portfolio-Analyse und Mitarbeiter-Matrix als Diagnoseinstrument	46
PELZ-Maßnahmen	47
Personalausritt	48
Woche 9	49
Personalführung	49
Führungskultur	49
Strategisches Controlling	51
Einleitung	51
Ausgewählte Controllinginstrumente zur Unternehmensführung	52
Benchmarking	52
Woche 10	55
Balanced Scorecard (BSC)	55
Quellenverzeichnis	57
Literaturverzeichnis	57
Internetquellen	61
Verzeichnis der Rechtsverordnungen	61

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Einführung in das Modul B6

Dieses Modul unterstützt die Entwicklung von Kompetenzen, die in den nachfolgenden Lernzielen zum Ausdruck kommen. Die Studierenden

- stellen für das Gesundheitswesen relevante Begriffe/ Modelle der Volkswirtschaftslehre und Qualitätssicherung dar.
- sind mit den Grundlagen des Personalmanagements im Gesundheitswesen und der praktischen Umsetzung in ihrem beruflichen Handlungsfeld vertraut.
- vergleichen interne und externe Qualitätssicherung und identifizieren am Beispiel für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in ihrem beruflichen Handlungsfeld und legen sie anderen Berufsgruppen gegenüber anschaulich dar.
- ordnen aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und deren Auswirkungen in ihr berufliches Umfeld ein und analysieren das Zusammenspiel/ Gegensätze unterschiedlicher Interessengruppen.
- identifizieren den Wandel von Kompetenzen und Tätigkeitsprofilen von Therapeut_innen/ Pflegenden, untersuchen die konkreten beruflichen Auswirkungen und leiten Handlungsbedarfe für die Praxis ab.
- diskutieren und bewerten aktuelle Versuche zur Reform der Versorgungsstrukturen und Prozesse und deren Einfluss im jeweiligen Setting interprofessionell.
- diskutieren und bewerten ethische Probleme/ Herausforderungen einer ökonomischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit in marktgesteuerten Gesundheitssystemen.

Jeder Wirtschaftszweig, der sich bezogen auf die Akteure, die Zielgruppen sowie die Art und Weise der Dienstleistung und/ oder Produktion von anderen abgrenzen lässt, wird als **Branche** bezeichnet. In diesem Modul steht die Branche Gesundheitswesen (auch Gesundheitswirt-

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

schaft) im Fokus. Dabei handelt es sich um einen Wirtschaftszweig, da auch die Dienstleistungen (z. B. Ergotherapie) und/ oder Produkte (z. B. Medizinprodukte) monetär vergütet werden. Um in dieser Branche gestaltend agieren zu können, ist es unabdingbar, sich mit den geltenden Prinzipien zu beschäftigen. Der Gesetzgeber sieht auch für die Gesundheitsbranche vor, dass Leistungen und Produkte wirtschaftlich zu erstellen sind.

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Um eine zufriedenstellende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im ambulanten, stationären und/ oder sektorenübergreifenden Setting der Prävention und Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Palliation zu gewährleisten, müssen ausreichend Mittel im Gesundheitssystem vorhanden sein. Daher ist es notwendig, sich sowohl mit ökonomischen (gesamtgesellschaftlichen) als auch mit betriebswirtschaftlichen (einrichtungsbezogenen) Grundlagen zu befassen. Abbildung 1 gibt einen vollständigen Systemüberblick.

Im Modul wird der Begriff **Ökonomie** bzw. ökonomisch für die **Volkswirtschaft** bzw. volkswirtschaftliche, gesamtgesellschaftliche Betrachtung synonym verwendet. Dagegen wird der Begriff **Betriebswirtschaft** bzw. betriebswirtschaftlich für die Betrachtung der Strukturen und Prozesse innerhalb der jeweiligen Gesundheitseinrichtung bzw. von dieser ausgehend verwendet.



Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

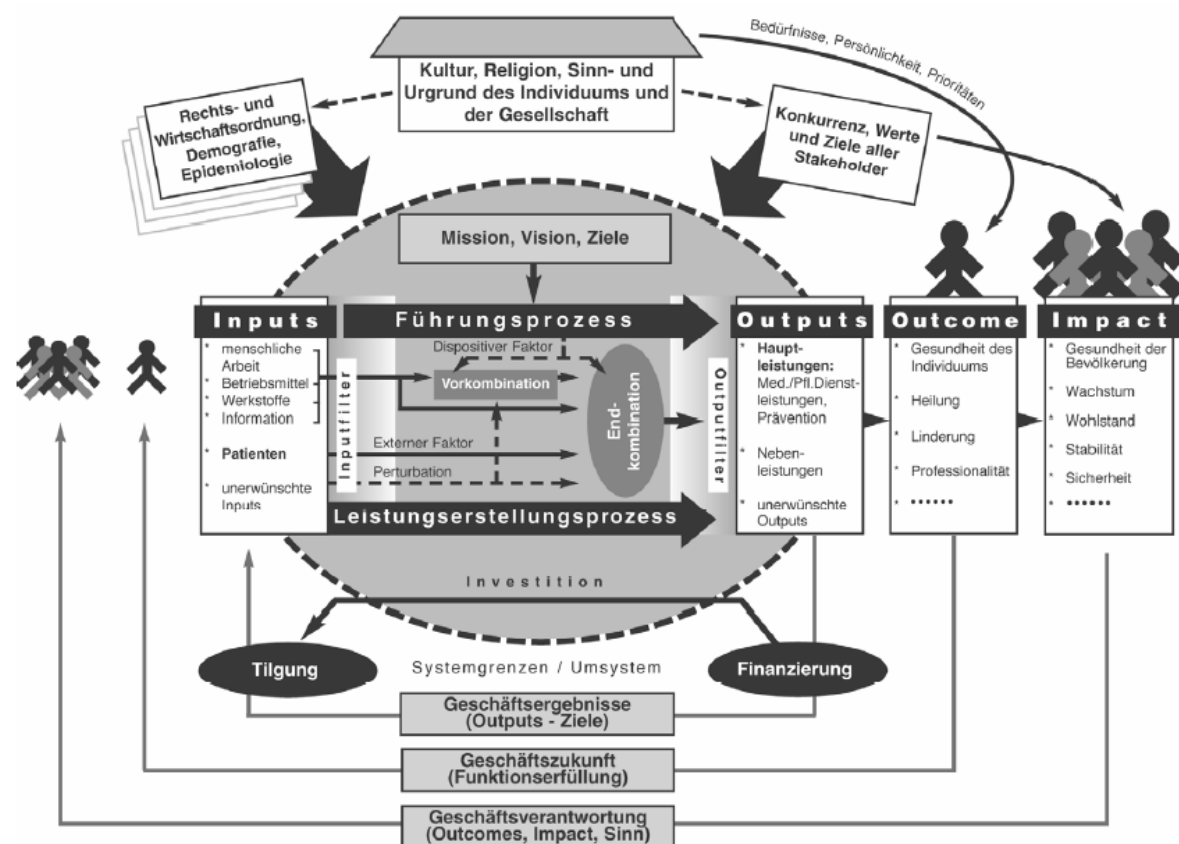


Abbildung 1 Vollständiges Systemmodell (Fleßa, 2008, XI).



Die Begriffe Betrieb, Einrichtung, Unternehmen werden im Studienbrief synonym verwendet.

Dieses Modul basiert auf den Inhalten des Moduls B1 Versorgungsstrukturen und Sozialrecht.

Speziell im Teil Personalführung dieses Moduls werden Kompetenzen aus dem Komplex Kommunikation des Studiengangs vorausgesetzt.

Die nachfolgenden, online verfügbaren Quellen bilden die Voraussetzung für das Studium dieses Moduls und die praktische Umsetzung beispielsweise im Rahmen einer Leitungs- und Führungsfunktion, der Kooperation mit Arztpraxen oder im Projektmanagement:

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft



- Gabler Wirtschaftslexikon ISBN-10: 3658195703
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/>
- Gesetze im Internet BMJV & juris GmbH
https://www.bmjv.de/DE/Service/Service_node.html
- Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen
ISBN 978-3-662-57540-6
<https://opac.ash-berlin.eu/cgi-bin/search?bvnr=BV045164671>
- Winkelmann, C., Aigner, B., Renner, E. & Schlund, M. (2013).
SWOT – Eine Möglichkeit, Zusammenarbeit zu analysieren. phy-
siopraxis Jg11 H11-12 50-55.

Darüber hinaus wird an einschlägigen Stellen mit entsprechender Symbolik auf vertiefende Literatur hingewiesen. Hierzu sind Links auf die Online- sowie ein pdf gesetzt. Der Text wird außerdem durch ausgewählte Videos (Symbol + Link) komplettiert.

Woche 1

Wirtschaftswissenschaftliche Grundlagen

Die Wirtschaftswissenschaften werden auf Adam Smith zurückgeführt. Mit seinem Entwurf einer liberalen Wirtschaftsordnung im 18. Jahrhundert sollten Knappheit und insbesondere Armut überwunden werden.



Unterteilt werden die **Wirtschaftswissenschaften** hinsichtlich der betrachteten Gegenstände. Allgemeiner Untersuchungsgegenstand der Wirtschaftswissenschaften ist die Wirtschaft. Also die Gesamtheit aller Einrichtungen und deren Handlungen zur planvollen Bedarfsdeckung. Erkenntnisobjekt der **Betriebswirtschaftslehre** (BWL) ist der einzelne Betrieb. Dabei werden der Zustand des Betriebes und ursächliche Zusammenhänge vereinfacht dargestellt. Aufgabe der Betriebswirtschaft ist das Festlegen betriebswirtschaftlicher Problemlösungsstrategien auf Basis

1. des aktuellen und allgemeingültigen Wissensstandes sowie
2. der Fähigkeit, aus diesem Wissen konkrete Handlungsempfehlungen für zukünftiges Verhalten abzuleiten.



Ein diesbezüglicher Transfer auf die allgemeinen Aufgaben der Gesundheitsfachberufe könnte sein: Gegenstand der Betrachtungen ist der_ die einzelne Patient_in (Klient_in). Der Zustand wird im Befund, der die bio-psycho-sozialen Befindlichkeiten berücksichtigt, abgebildet. Darauf aufbauend werden evidenzbasierte Maßnahmen zur Erreichung von Therapiezielen identifiziert.

Wird hingegen die **Volkswirtschaft** (VWL) im Ganzen untersucht, handelt es sich um das Gebiet der VWL (s. Abb. 2). Die BWL untersucht die Finanz- und Wettbewerbssituation, Absatzlage (Preis, Umsatz und Gewinn) oder das Investitionsverhalten einzelner Betriebe. Allgemein betrachtet ist die BWL die Lehre vom wirtschaftlichen Handeln in einer Einrichtung, speziell einer Gesundheitseinrichtung. Die VWL hingegen beschäftigt sich mit Auswirkungen der ökonomischen Vorgänge auf die Gesamtgesellschaft. Untersucht werden beispielsweise die unterneh-

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

mensübergreifende Nachfrage, die Beschäftigungssituation ganzer Branchen, Umweltauswirkungen, mögliche Veränderungen von Staatseinnahmen oder Änderungen an Import- und Exportmengen.



Abbildung 2 Räumliche Abgrenzung von Volks- und Betriebswirtschaft (Eigene Darstellung).

Die Motivation zum wirtschaftlichen Handeln ist die Erkenntnis, dass den Wünschen und Bedürfnissen relativ begrenzte Mittel zur Erfüllung dieser gegenüberstehen (s. Abb. 3). Hieraus ergibt sich der Grundsatz, dass mit knappen Mitteln zu wirtschaften bzw. haushalten ist. Das Haushalten betrifft menschliche Entscheidungen zur planvollen Beschaffung sowie Verteilung der Mittel. Da Betriebe Teil eines Gesamtsystems sind, insbesondere sind Gesundheitseinrichtungen Teil des Gesundheitssystems, haben innerbetriebliche Entscheidungen immer auch Auswirkungen auf das betriebliche Umfeld (z. B. weitere Gesundheitseinrichtungen, Versicherungen, Familien). Wird dies berücksichtigt,

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

ergibt sich das übergeordnete Ziel der BWL der Erkenntnisgewinn hinsichtlich der optimalen Verwendung begrenzter Ressourcen.

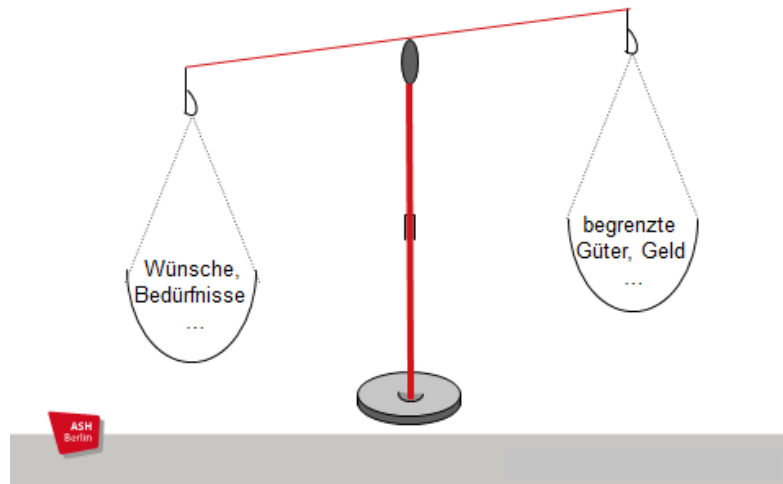


Abbildung 3 Konflikt unbegrenzter Bedürfnisse und begrenzter Mittel (Eigene Darstellung).

Das ökonomische Prinzip

Die optimale Verwendung begrenzter Ressourcen wird als ökonomisches Prinzip (Synonyme: Input-Output-Relation und Effizienzpostulat) bezeichnet. Dabei können grundsätzlich zwei Optionen differenziert werden: einerseits das **Minimum-** und andererseits das **Maximum-Prinzip**. Die Kombination beider Prinzipien bildet die dritte Option das **Optimum- oder Extremumprinzip**.

Woche 2

Wertschöpfung



Jede Einrichtung hat einen Nutzen bzw. schafft einen Wert. Einrichtungen im Gesundheitswesen schaffen vereinfacht ausgedrückt mit dem Wert Gesundheit einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen. Um diesen Nutzen zu erzeugen, betrachtet die BWL die **Wertschöpfungskette (Supply Chain)** von Gesundheit, d. h. alle vor- und nachgelagerten Einrichtungen, die für die optimale Gesundheitsversorgung erforderlich sind (s. Abb. 2). Je nach Dienstleistung oder Medizinprodukt können diese sehr unterschiedlich sein. **Vorgelagerte Einrichtungen** könnten beispielsweise eine Arztpraxis, ein Krankenhaus oder ein Hersteller von Therapieliegen sein. **Nachgelagerte Einrichtungen** könnten eine Rehabilitationsklinik, eine Selbsthilfegruppe oder ein Sanitätsgeschäft sein.



Ein diesbezügliches Teilgebiet der BWL im Krankenhaus ist das **Einweisermanagement** an der Schnittstelle zwischen einweisender Einrichtung (z. B. Ärzt_innenpraxis) und Krankenhaus. Die **Wertkette (Value Chain)** untersucht demgegenüber die Abläufe (Prozesse) im Krankenhaus, die für die optimale Gesundheitsversorgung notwendig sind. Hierbei werden primäre Aktivitäten von sekundären unterschieden. **Primäre Aktivitäten** sind sämtliche Tätigkeiten, die direkt mit der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang stehen (z. B. Diagnose, Therapie). **Sekundäre Aktivitäten** sind alle anderen Tätigkeiten, die beispielsweise für Abrechnungszwecke oder zur juristischen Absicherung erforderlich sind (z. B. Finanzen/ Controlling, Einkauf).

Stakeholder



Im Zusammenhang mit der Wertschöpfungs- und Wertkette steht der Begriff Stakeholder. **Stakeholder** sind Interessens- und/ oder Anspruchsgruppen, die die Gesundheitseinrichtung beeinflussen und/ oder von ihr beeinflusst werden (s. Abb. 4). Es kann zwischen **internen** (z.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

B. Mitarbeitende) oder **externen** (z. B. Familienangehörige der Mitarbeitenden) Stakeholdern unterschieden werden.

Um die Interessen, den Bedarf, Einstellungen und die Beeinflussungsmacht (Fach- vs. Machtpromotor) zu identifizieren, erfolgen turnusmäßig **Stakeholderanalysen** (Strauss, 2005). [s. S. 18 Stakeholderanalyse]

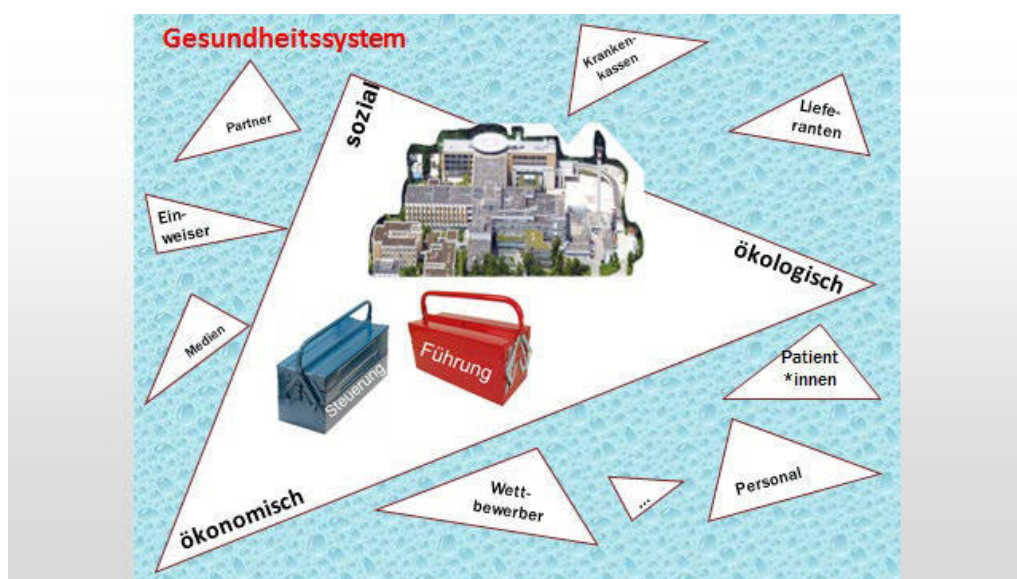


Abbildung 4 Führen und Steuern unter Beachtung sozialer, ökologischer und ökonomischer Ziele (Eigene Darstellung)¹.

Zielhierarchie in Gesundheitseinrichtungen

Jede Gesundheitseinrichtung agiert in einem Markt, dem **Gesundheitsmarkt**.

Oberstes Ziel jeder Gesundheitseinrichtung ist es, langfristig den Unternehmenszweck (also die Gesundheitsversorgung) sicherstellen zu können. Dies vor dem Hintergrund, dass vom Erfüllen dieser gesellschaftlichen Aufgabe, die Existenz der Einrichtung abhängt.

¹ eingereicht zur Publikation Winkelmann C (2020) Führen und Steuern in der Physiotherapie - Eine betriebswirtschaftliche Perspektive. In: Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C (Hrsg) Potenziale von Physiotherapie erkennen und nutzen - Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Heidelberg: medhochzwei. 169-183. ISBN 978-3-86216-581-0.



Nicht-Ziel ist es, Gewinn zu erwirtschaften. Vielmehr folgt das grundlegende Erfordernis, für ausreichend Liquidität (verfügbare Mittel zur Realisierung von Verbindlichkeiten – Rechnungen, Gehalt - gegenüber Lieferanten, Mitarbeitenden usw.) zu sorgen, dem Anspruch der langfristigen Sicherung der Existenz der Einrichtung im Gesundheitsmarkt.

Das **Wertesystem** jeder Einrichtung wird bestimmt durch die Ansprüche der Stakeholder (also auch der Mitarbeitenden) sowie durch die Werte der Unternehmensleitung, insbesondere als Eigentümer_in beispielsweise einer Praxis oder eines Ambulanten Pflegedienstes.



Die Unternehmensleitung verantwortet die **strategische Ausrichtung** des Unternehmens und den Handlungsrahmen. Die **Unternehmensvision** (synonym Vision, Unternehmensphilosophie) stellen die Verhaltensnormen, Denk- und Handlungsweisen der Einrichtung dar. Häufig ist dies in einem Leitbild fixiert, welches nach außen und innen gerichtet ist und Aussagen zur Unternehmenskultur und Corporate Social Responsibility (CSR) – gesellschaftliche Verantwortung zum nachhaltigen Wirtschaften - enthält. Die **Unternehmensmission** (synonym Mission, Handlungsauftrag) hängt mit der Vision zusammen und ist auf die Kund_innengruppen ausgerichtet. Sie gibt Antwort auf die Fragen, was ist das Kerngeschäft der Einrichtung (Beispiel: Kerngeschäft der Praxis für Ergotherapie -> Ergotherapie; Nebengeschäft -> Vermietung von Praxisräumen an eine Weiterbildungseinrichtung), welche Erwartungen und Bedürfnisse, welcher Kund_innengruppen sind mit welchen Mitteln (Technologie, Methoden, Konzepte etc.) zu befriedigen.



Aus dem Handlungsrahmen und den übergeordneten (eher abstrakten) Zielsetzungen werden im **Top-Down-Verfahren** die Ziele auf die jeweiligen Managementebenen heruntergebrochen (s. Abb. 5). Dabei stützen die konkreten Tagesziele idealerweise die übergeordneten Ziele. Gleichzeitig werden aus dem Tagesgeschäft (Kontakt mit Patient_innen, Angehörigen, Lieferanten usw.) Impulse nach oben (**Bottom up**) zur Anpassung der Zielsetzungen oder auch zur Optimierung der

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Prozesse und Strukturen gegeben, die im Controlling-Prozess überprüft und wiederum in die top-down-Zielhierarchie einfließen. Dieses Verfahren wird als **Gegenstromverfahren** bezeichnet. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind die Identifikation aller Beschäftigten mit den übergeordneten Zielen der Einrichtung, Rollenbewusstsein und in diesem Zusammenhang die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln.

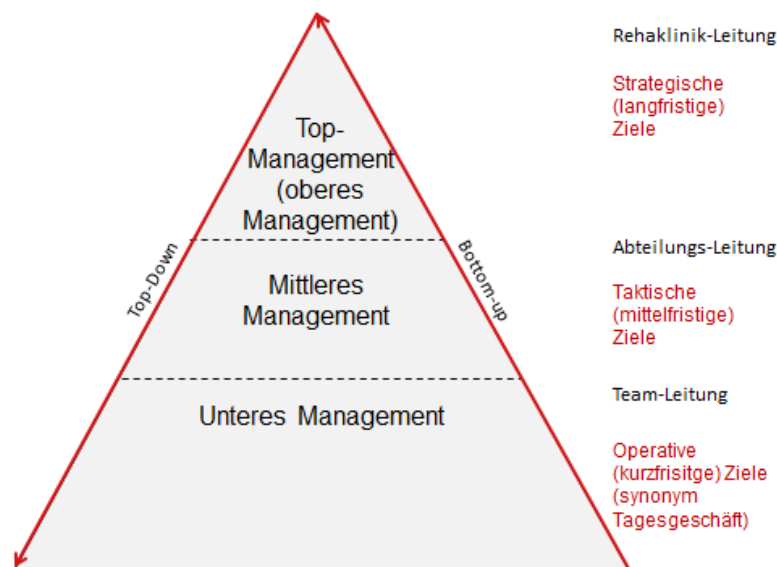


Abbildung 5 Prinzip des Gegenstromverfahrens (Eigene Darstellung)².

Konstitutive Entscheidungen

Im Zusammenhang der strategischen Ausrichtung der Einrichtung hat die Unternehmensleitung konstitutive Entscheidungen zu treffen.



Konstitutiv bedeutet grundsätzlich und daher auf einen längeren Zeithorizont angelegt.

Diese Entscheidungen sind daher Teil des **Business-Plans** im Rahmen der Vorbereitung von Existenzgründungen. Zu den konstitutiven Entscheidungen zählen Standort- (Infrastruktur, Zielgruppen, Wettbewerber) und Rechtsformentscheidungen (Einzelunternehmen, Personen-, Kapitalgesellschaft) sowie Entscheidungen zur zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit (Kooperation, Konzentration). Sie sind nur mit großem

² eingereicht zur Publikation Winkelmann C, Rogalski C (Hrsg) (2021) BWLight für Gesundheitsberufe. Plan-Do-Check-Act für Klinik und Praxis. 232 Seiten. Göttingen: Hogrefe. ISBN 9783456861326.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Aufwand und häufig gegen massiven Widerstand revidierbar und setzen daher umfangreiche Analysen voraus.

Woche 3

Ausgewählte betriebswirtschaftliche Analyseinstrumente

Einleitung



Die Grundfunktionen des Managements sind Planung, Organisation, Personaleinsatz, Personalführung und Kontrolle (Fleßa, 2008, 1). In diesem Sinne dienen betriebswirtschaftliche Analyseinstrumente analog der Befunderhebung und Diagnostik im Rahmen der Gesundheitsversorgung, der Identifizierung von Zielen, als Entscheidungsgrundlage, zur Fortschrittsberechnung und Kontrolle, zum Heben von Anpassungsbedarf sowie in der Folge der Maßnahmenplanung und –umsetzung.

Das oberste Ziel ergibt sich aus dem gesellschaftlichen Auftrag, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Wertschöpfung der Gesundheitseinrichtung ist demnach Gesundheit (§107 SGB V). Oberstes Ziel der Gesundheitseinrichtung ist es also nicht, Gewinn zu erwirtschaften. Vielmehr muss die Gesundheitseinrichtung, um langfristig Gesundheit im Sinne des Gesetzes herzustellen und damit die Existenz der Einrichtung zu sichern, für Liquidität sorgen. Es geht demnach bei allen konstitutiven (z. B. Rechtsformwahl, Organigramm) und funktionalen Entscheidungen (z. B. zur Gestaltung des Dienstleistungsangebotes) darum, jederzeit den Zahlungsverpflichtungen beispielsweise gegenüber Lieferanten und externen Dienstleistern nachkommen zu können. Um diesem Anspruch genügen zu können, sind Analysen notwendig, die jedoch nur dann sinnhaft sind, wenn in der Konsequenz Maßnahmen (z. B. Ausweitung des Gesundheits-Angebots auch für Angehörige) abgeleitet, umgesetzt und überprüft werden.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen,

ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen, und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Stakeholderanalyse

Die Stakeholderanalyse [s. S. 12 Stakeholder] ist unter anderem Teil des Risikomanagements, Projektmanagements und kann für Marketing-Zwecke genutzt werden. Um die Existenz der Einrichtung und damit das Herstellen von Gesundheit für die Bevölkerung langfristig zu sichern, ist es nicht ausreichend, auf Chancen oder Risiken zu warten. Negative Einflüsse und potenzielle Konflikte sollen frühzeitig erkannt und in die Planung von Maßnahmen einbezogen werden. Mögliche positive Einflüsse sollen erkannt und maximal für die Einrichtung genutzt werden.

Eine Stakeholderanalyse kann auch zur Vorbereitung von Forschungsprojekten (z. B. Bachelorarbeit) sinnvoll sein, um beispielsweise Verzögerungen oder Hindernisse frühzeitig zu identifizieren und gegensteuern zu können.

Die Einrichtung ist beeinflusst von **externen** und **internen Rahmenbedingungen**, mit denen letztlich Personen verbunden sind (Helmig et al., 2013). Gleichzeitig beeinflusst die Einrichtung Personen (auch in Form



Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

anderer Einrichtungen, wie z. B. Lieferanten). Diese Tatsachen nutzt die Stakeholderanalyse, die sowohl den Stakeholdermonitor als auch eine Stakeholder-Maßnahmen-Matrix beinhaltet (s. Tab. 1).

Der Aufwand für das Stakeholdermanagement (z. B. für das Management der verordnenden Hausärzt_innen oder der Einweiser) fließt in die Kostenplanung der Einrichtung ein.

Tabelle 1 Stakeholder-Maßnahmen-Matrix (Eigene Darstellung)³.

Lfd.-Nr.	Stakeholder	Fach- oder Macht-Promotor	Einstellung (z. B. zum Projekt)	Einfluss/Macht	Interessen/ Bedürfnisse/ Ziele	Maßnahmen	Kosten
S01							
S02							
S03							
S04							
...							

GAP-Analyse



Bei der GAP-Analyse soll die Lücke (Gap) zwischen den definierten Zielvorgaben sowie den bisher eingesetzten Maßnahmen zur Zielerreichung identifiziert werden (Homburg & Krohmer, 2007, 984f.). Quantifizierbare Ziele (SMART) werden in einer Zielkurve erfasst. Demgegenüber steht die **Prognosekurve**, die die voraussichtliche Entwicklung aufzeigt, wenn die Maßnahmen unverändert bzw. beibehalten werden (s. Abb. 6).



Das Instrument der GAP-Analyse kann auch zur Information, Visualisierung und Edukation mit dem Ziel einer stärkeren intrinsischen Motivation bei Patient_innen und Klient_innen zum Einsatz kommen.

³ eingereicht zur Publikation Winkelmann C, Rogalski C (Hrsg) (2021) BWLight für Gesundheitsberufe. Plan-Do-Check-Act für Klinik und Praxis. 232 Seiten. Göttingen: Hogrefe. ISBN 9783456861326.

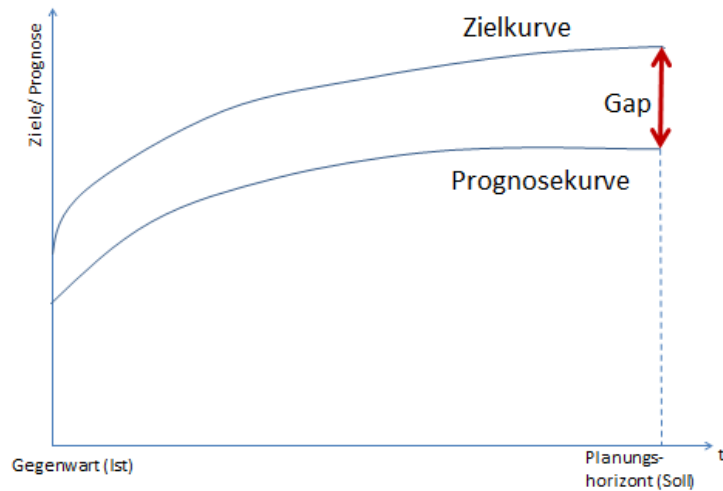


Abbildung 6 Diagramm zur GAP-Analyse (Eigene Darstellung).

Woche 4

ABC-Analyse oder Pareto-Prinzip



Die ABC-Analyse geht auf das Pareto-Prinzip zurück. Ziel ist es, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen. Auf dieser Basis sollen Aufgaben priorisiert, Relevantes zuerst bearbeitet und damit die knappen Ressourcen der Einrichtung zielgerichtet eingesetzt werden (Winkelmann, 2019a). Die Einsatzgebiete sind nicht begrenzt. Jedoch ist die ABC-Analyse insbesondere in der Materialwirtschaft, explizit der Lagerhaltung, bekannt.



Im Kontext von Personalführung, Projekt- und Ablaufsteuerung (auch im Studium) wird die ABC-Analyse für Zeit- und Selbstmanagement genutzt.

Anwendungsbeispiele sind (Winkelmann, 2019a):

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Beschaffung. Als Merkmal kann die Materialgruppe (z. B. Verbrauchsmaterial) oder der Lieferant herangezogen werden. Als **Kennzahl** dient das Einkaufsvolumen oder der Rechnungsbetrag.

Beispiel: Der größte Teil des im Jahr benötigten Verbrauchsmaterials wird von einem Anbieter bezogen. Damit verbunden sind Rabatte und hoher Kundenservice dieses Anbieters gegenüber der Praxis xy. Daher wird die Praxisleitung bei Bedarf Verträge vornehmlich mit diesem Anbieter schließen.

Absatz. Als Merkmal kann die Dienstleistung (z. B. Triggerpunktbehandlung) oder das Produkt untersucht werden. Der Umsatz kann hier eine mögliche Kennzahl darstellen.

Beispiel: Der Umsatz der Praxis xy wird vor allem durch Krankengymnastik-Gerät erzielt. Daher konzentriert sich die Praxisleitung vor allem auf die Steigerung der Attraktivität dieser Maßnahme (z. B. Wirksamkeitsnachweis, Dokumentation, Möglichkeit zum freien Training) inkl. der Verordnung.

Marketing. Als Merkmal können die Einweiser (z. B. niedergelassener Allgemeinmediziner, niedergelassene Orthopädin), die Patient_innen oder Kund_innen untersucht werden. Eine mögliche Kennzahl ist der Umsatz.

Beispiel: Ein Großteil der Patient_innen der Praxis xy kommen mit Verordnungen von insgesamt drei Einweisern und machen den größten Teil am Umsatz der Praxis aus. Daher konzentriert sich die Praxisleitung vornehmlich auf den Austausch und die Kontaktpflege mit diesen niedergelassenen Ärzt_innen.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Leitfragen einer ABC-Analyse können sein:



- Auf welche Leistungen oder Produkte sollten wir uns mit Zeit, Know How, Investition konzentrieren?
- Welche Bereiche, welche Einweiser, welche Einzugsgebiete haben für das Fortbestehen unserer Einrichtung die größte Bedeutung?
- Was können wir unter Umständen auch reduzieren, auslagern oder vernachlässigen?
- Worin liegen die größten Erfolgspotenziale? Was sichert die Existenz unserer Einrichtung?

Es bietet sich an, die Werte des Untersuchungsgebietes in einer Tabelle (z. B. Excel) zu erfassen. Anschließend sind die Werte nach Prioritäten in der Regel in drei Klassen aufzuteilen:

A = sehr wichtig, sehr bedeutend oder dringlich für den Gesamtwert des Untersuchungsgebietes

B = wichtig, bedeutend oder dringlich für den Gesamtwert des Untersuchungsgebietes

C = weniger wichtig, weniger bedeutend oder dringlich für den Gesamtwert des Untersuchungsgebietes

Eine weitere Unterteilung in die Klassen D, E usw. ist möglich, wenn dies zu Konsequenzen bei der auf die Analyse folgenden Suche nach geeigneten Maßnahmen hat. Andernfalls hat eine weitere Differenzierung keinen Nutzen und sollte vor dem Hintergrund des in der Betriebswirtschaft geltenden ökonomischen Prinzips und Effizienzpostulats unterbleiben. (s. S. 11 ökonomisches Prinzip)

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Für die Kategorisierung hinsichtlich der prozentualen Anteile existiert keine einheitliche Festlegung. Die üblicherweise verwendeten Werte sind in Abbildung 7 dargestellt (s. Abb. 7).

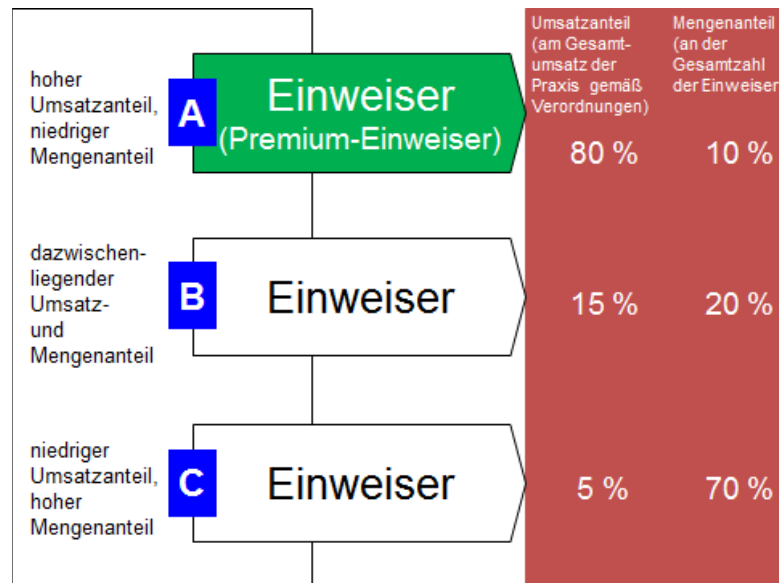


Abbildung 7 Beispiel der ABC-Analyse aller Einweiser einer Klinik (Winkelmann, 2019a).

Beispielhaftes Vorgehen für die ABC-Analyse der Einweiser, das für den Transfer z. B. auf die verordnenden Ärzt_innen einer Praxis herangezogen werden kann (Winkelmann, 2019a):

1. Auflistung der zu untersuchenden Objekte
2. Einweiser
3. Festlegung der Kriterien
4. Mögliche Kriterien sind Umsätze, verordnete Leistungen, Anzahl der Patient_innen usw.
5. Bewertung der Objekte

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

6. Die Bewertung ergibt sich aus den statistischen Daten, z.B. Umsätze, die primär beispielsweise für die Steuererklärung oder zu Abrechnungszwecken erhoben wurden und für diese Analyse (also sekundär) herangezogen werden können.
7. Ordnen der Objekte
8. Die Objekte werden nun nach ihrer Rangfolge geordnet, z.B. Anordnung der Einweiser nach der Höhe der Umsätze. Hierzu bietet sich die Übertragung der Daten in eine Grafik an.
9. Einteilung in drei Klassen
10. Die Abgrenzung der A-, B- und C-Elemente erfolgt eher nicht einheitlich. Vielmehr ist zu erwarten, dass eine sehr geringe Anzahl von Einweisern einen sehr großen Anteil am Umsatz hat (A-Einweiser bzw. Premium-Einweiser) und eine große Anzahl von Einweisern nur einen geringen Umsatzanteil aufweist (C-Einweiser).
11. Ableitung von Maßnahmen und deren Implementierung

Dieser Schritt ist wesentlich, da die Analyse ohne adäquate Maßnahmen zwecklos ist. So muss z. B. entschieden werden, mit welchen Maßnahmen die Premium-Einweiser motiviert bzw. weiter angebunden werden können oder welche Maßnahmen bei C-Einweisern entfallen können, die bisher jedoch mit großem Aufwand auch für diese betrieben wurden.

Zur Visualisierung wird häufig eine **Lorenz-Kurve** verwendet. Jedoch sind auch andere Diagramme geeignet, beispielsweise die Matrixdarstellung.

Woche 5

Produktlebenszyklus-Analyse oder Fünf-Phasen-Modell



Mit der Produktlebenszyklus-Analyse wird der Erfolg einzelner Produkte oder Dienstleistungen untersucht. Dabei werden Produkte und Dienstleistungen quasi analog einem Lebewesen betrachtet. Es wird unterstellt, dass jedes Produkt und jede Dienstleistung einen Lebensweg gehen. In der Betriebswirtschaft wird dieser Weg auf Basis von Umsatz bzw. Umsatzveränderungen sowie Gewinn bzw. Gewinnveränderungen nachgezeichnet.



Umsatz (auch Erlös) ist die abgesetzte Menge multipliziert mit dem Preis. Erst nachdem hiervon sämtliche Kosten (für Mitarbeitenden, für Miete, Geräte, Strom, Marketing, Versicherung usw.) abgezogen wurden, erhält man den **Gewinn**.

Der **Lebensweg eines Produktes/ einer Dienstleistung** beginnt mit der Idee, der Entwicklung, der Markteinführung, führt über das Wachstum und die Reife schließlich zur Marktsättigung und dem Rückgang, der Degeneration. Das Produkt/ die Dienstleistung wird entweder nicht mehr von Kund_innen nachgefragt bzw. nicht mehr angeboten oder wird weiterentwickelt und der Zyklus beginnt damit von vorn. Für Entscheidungen, ob ein Produkt oder eine Dienstleistung erfolgreich ist oder beispielsweise kostenintensive Anpassungen (z. B. in Form von Weiterbildung oder als Anschaffung eines Gerätes) vorgenommen werden müssen, kann turnusmäßig die Einordnung des Produktes oder der Dienstleistung in das **Fünf-Phasen-Modell** erfolgen (s. Abb. 8).

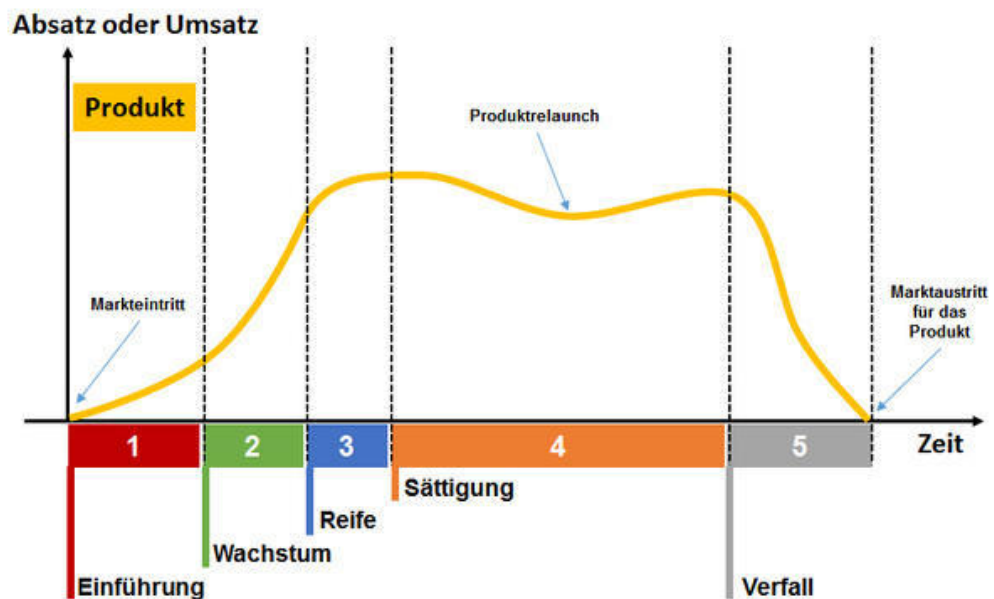


Abbildung 8 Produktlebenszyklus (b-wise GmbH, o. J.).

Portfolio-Analyse, BCG-Matrix oder Vier-Felder-Matrix

Auf Basis der Produktlebenszyklus-Analyse entwickelte das Beratungsunternehmen Boston-Consulting-Group (BCG) eine Matrix mit den Dimensionen Marktwachstum und relativer Marktanteil. Diese ist in der Betriebswirtschaft auch unter dem Begriff **Portfolio** bekannt und weit verbreitet (Fischer, 2001). Demnach werden Produkte im Markt eingeführt, sie wachsen, reifen, der Markt ist gesättigt, z. B. durch Substitute, und die Produkte werden vom Markt genommen bzw. nicht mehr angeboten. Ein Beispiel aus der Physiotherapie ist die Unterwasserdruckstrahlmassage, die durch andere Faszientechniken ersetzt werden kann (Winkelmann, 2019b).

Das Marktwachstum kann auf Basis statistischer Untersuchungen (z. B. Statistisches Bundesamt) prognostiziert werden. Der **relative Marktanteil** berechnet sich als Quotient aus dem eigenen Marktanteil für dieses Produkt bzw. die Dienstleistung in Relation zum größten Wettbewerber.





<https://www.controllingportal.de/Fachinfo/Grundlagen/Kennzahlen/relativer-Marktanteil.html>

Tatsächlich wird die Portfolio-Analyse auch zur Beantwortung interner Fragestellungen angewendet. So kann beispielsweise eine Aussage darüber getroffen werden, welche Abteilung eines Krankenhauses wie viel leistet und welche Förderung bzw. Unterstützung notwendig ist. Gleiches gilt für die Einordnung von Studiengängen in ein Portfolio.



Jeweils geht es darum, eine Grundlage zu haben, um für oder gegen eine weitere Investition zu entscheiden. Dies schließt auch Fragen des Marketings und der Personalentwicklung ein [s. S. 42 PELZ].

SWOT-Analyse

Bei der SWOT-Analyse (Akronym: Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) handelt es sich um eine Standortbestimmung der Einrichtung oder einzelner Geschäftseinheiten/ -felder, bei der sowohl die interne Einrichtungs- als auch die Externe Umfeld-Perspektive sowie eine zeitliche Perspektive von der Vergangenheit bis in die Zukunft eingenommen werden (Homburg & Krohmer, 2007, 503f.; Winkelmann et al., 2013).

Der Artikel zeigt das Prinzip der SWOT-Analyse am praktischen Beispiel der interprofessionellen Gesundheitsversorgung.



Winkelmann, C., Aigner, B., Renner, E. & Schlund, M. (2013): SWOT – Eine Möglichkeit, Zusammenarbeit zu analysieren. In: physiopraxis, Jg. 11, H. 11-12, 50-55.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Woche 6

Unternehmensführung

Zur Unternehmensführung (Management) zählen sowohl das strategische Management als auch die sogenannten **Hauptfunktionen** (auch Tätigkeitsbereiche oder Aufgabengebiete). Diese sind unter anderem Einkauf, Logistik, Leistungserstellung (Fach-Organisationseinheiten, Fach-OE), Marketing, Rechnungswesen.



Abbildung 9 Beispiel des Aufbaus einer Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus Spremberg, o. J.).



Neben der **Aufbauorganisation** (Synonym Organigramm) gilt es, die Prozesse zu steuern (**Ablauforganisation**). Insbesondere sind stationäre Einrichtungen hochgradig arbeitsteilig organisiert. Die überge-

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

ordnete, gesellschaftliche Aufgabe wird auf verschiedene Berufsgruppen aufgeteilt (sogenannte **Artenteilung**).

Vor dem Hintergrund des hohen Arbeitsaufkommens (z. B. Anzahl der Patient_innen) erfolgt zudem eine **Mengenteilung**. Innerhalb einer Berufsgruppe (gleiche Qualifikation) wird die anfallende Arbeitsmenge verteilt (Fleßa, 2008, 20).



Die Summe aus Struktur (Aufbau)-Qualität und Prozess (Ablauf)-Qualität ergibt die **Ergebnis-Qualität** der Einrichtung (Eichhorn, 1997). Teilweise werden daher mit den Abteilungen lediglich die **Ergebnis-Qualitäts-Ziele** vereinbart. Wie sich die Teams zur Zielerreichung organisieren, standardisieren, reflektieren und überprüfen wird bei dieser Management-Technik (Management by Objectives - MbO) nicht reglementiert (Winkelmann, 2011).

Ausgewählte Instrumente des Qualitätsmanagements

Einleitung

Die Wertschöpfung der Gesundheitseinrichtung basiert stets auf **primären** (die direkte Versorgung der Patient_innen) und **sekundären** (Verwaltung, Medizincontrolling, Reinigung, Sterilgutaufbereitung etc.) Vorgängen. Dabei sollen die sekundären Vorgänge die primären unterstützen, entlasten und somit die Konzentration auf das Kerngeschäft der Gesundheitseinrichtung (Gesundheit herzustellen) ermöglichen. Vorgänge bzw. Abläufe oder Prozesse sind immer beeinflusst von Strukturen (z. B. dem Organigramm, der Hierarchie) et vice versa.



Planet Wissen - Wie gut ist mein Krankenhaus?

<https://www.youtube.com/watch?v=JIWLa6MUmjY>



Im Qualitätsmanagement geht es um das Erzeugen von Ergebnisqualität, die wiederum die Summe aus Struktur- und Prozessqualität darstellt (Eichhorn, 1997). Daher fokussieren einige Gesundheitseinrichtungen ausschließlich die Ergebnisqualität mit der Überzeugung, dass diese

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

nur gewährleistet sein kann, wenn Prozesse und Strukturen eine adäquate Qualität abbilden.

Qualitätsmanagement ist demnach analog zum Marketing keine Aufgabe einer einzelnen Verwaltungseinheit oder Stabsstelle. Vielmehr ist Qualitätsmanagement Aufgabe und Verantwortung aller in der Gesundheitseinrichtung Tätigen.



Integriertes Qualitätsmanagement

<http://static.onleihe.de/content/carlhanser/20071123/41104/v41104.pdf>

Qualitätsmanagementhandbuch, QM-Handbuch



In einem Qualitätsmanagementhandbuch (QM-Handbuch) oder auch Organisationshandbuch sind sämtliche Prozesszusammenhänge inklusive der dazugehörigen Strukturen (beispielsweise verantwortliche Abteilung, Fach-OE), der Geltungsdauer und des Geltungsbereiches erfasst. Ebenso liefert das QM-Handbuch Informationen zu den angestrebten Veränderungs- und Verbesserungszielen, die insbesondere in großen Häusern (Maximalversorgern) abgestimmt sein müssen, sowie zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP). QM-Handbücher sind entsprechend umfangreich und sichern auch das Risiko, dass beispielsweise durch den Weggang von Mitarbeitenden Informationen verloren gehen. Die Inhalte des QM-Handbuchs müssen regelmäßig gepflegt werden. Das QM-Handbuch kann auch im Zusammenhang der Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden wertvoll sein.

Die Dokumente im QM-Handbuch geben zwingend über den Zeitpunkt der Erstellung/ Überarbeitung sowie über die Personen Auskunft, die das Dokument erstellt und freigegeben haben.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) und PDCA-Zyklus

Der bereits in den 1930er Jahren entwickelte KVP kann in einer sogenannten Qualitätsspirale, dem PDCA-Zyklus, dargestellt werden (s. Abb. 10).

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Plan steht für Planung von Veränderungsmaßnahmen (z. B. Projekte, Umstrukturierung)

Do steht für das probeweise Ausführen dieser Veränderungsmaßnahmen (z. B. als Pilot-Projekt auf einer Station)

Check steht für die Überprüfung der Wirksamkeit (Konnten die Ziele im Piloten erreicht werden? Muss eventuell nachgesteuert werden? Können die Maßnahmen optimiert werden?)

Act steht für das Roll-out des Piloten auf die gesamte Gesundheitseinrichtung, nachdem die Maßnahmen optimiert und als erfolgreich bewertet wurden. Das Roll-out kann schrittweise erfolgen, was gerade bei Maximalversorgern zum Erfolg des Changemanagements beitragen kann.

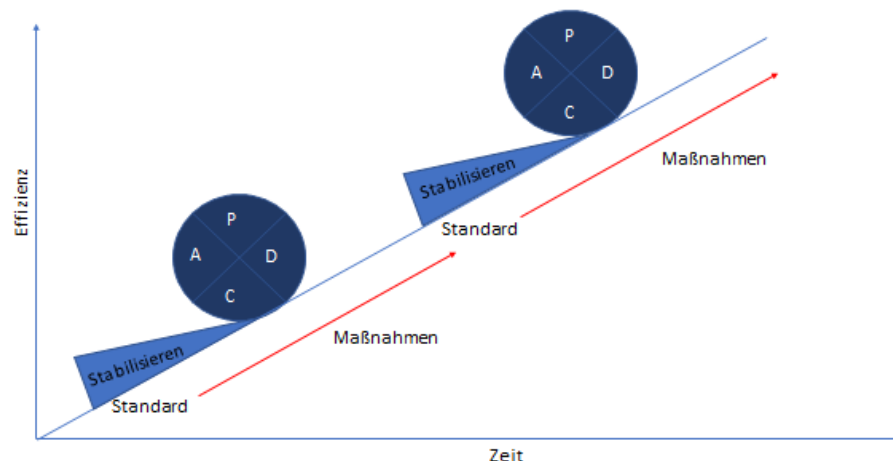
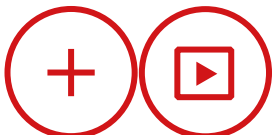


Abbildung 10 Schematische Darstellung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses als PDCA-Zyklus (Eigene Darstellung)⁴

PDCA-Zyklus

https://www.qualitaetsmanagement.me/pdca_zyklus/

Risikoanalyse



⁴ eingereicht zur Publikation Winkelmann C, Rogalski C (Hrsg) (2021) BWLight für Gesundheitsberufe. Plan-Do-Check-Act für Klinik und Praxis. 232 Seiten. Göttingen: Hogrefe. ISBN 9783456861326.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft



Risiken können sowohl technischen Ursprung (z. B. Ausfall eines Gerätes) haben als auch im menschlichen Handeln (z. B. Verwechslung der zu operierenden Körperseite) liegen. Wesentliches Ziel des Qualitätsmanagements, insbesondere der Risikoanalyse, ist es, potenzielle Gefahren zu erkennen und darüber hinaus zu begrenzen, abzuwehren, zu vermeiden (s. Abb. 11). Hierzu eignen sich die Risiko- bzw. Gefährdungsanalyse, die beispielsweise im betrieblichen Gesundheitsmanagement hinsichtlich von gefährdenden Arbeitsplatzbedingungen in physischer und/ oder psychischer Hinsicht ausgehen können, sowie die Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse (FMEA).

Laufende Nummer	Bezeichnung	Auswirkung	Eintrittswahrscheinlichkeit (W)	Tragweite/ Schadenshöhe (T)	Risikopotential WxT	Entscheidung	Maßnahme
R01	Praxisleitung fällt längerfristig aus	Abrechnungsrelevanz gegenüber Krankenversicherung	4	7	28	mittelfristig eriedigen	Stellvertretung offiziellisieren und einarbeiten

Legende:
hoch = 7-9 Punkte
mittel = 4-6 Punkte
gering = 1-3 Punkte

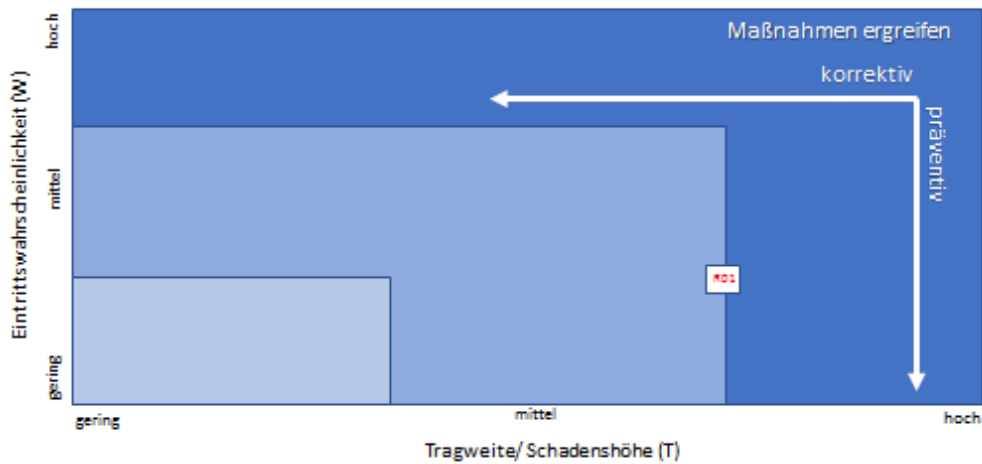


Abbildung 11 Risikomonitor zur Identifikation korrekativer oder präventiver Maßnahmen (Eigene Darstellung)⁵

⁵ eingereicht zur Publikation Winkelmann C, Rogalski C (Hrsg) (2021) BWLlight für Gesundheitsberufe. Plan-Do-Check-Act für Klinik und Praxis. 232 Seiten. Göttingen: Hogrefe. ISBN 9783456861326.

Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse (FMEA)



Während es sich bei der Risikoanalyse um ein deduktives Verfahren handelt, ist die FMEA ein **induktives Verfahren**, bei dem eventuelle Ursachen und mögliche Auswirkungen des Ausfalls/ Fehlers eines einzelnen Anteils auf das gesamte System übertragen werden. Ziel ist es, systematisch alle Kombinationsmöglichkeiten durchzuspielen, um geeignete Sicherheits- und Schutzmaßnahmen treffen zu können (Gerlach, 2001). Dabei werden alle möglichen Fehler aufgelistet und zwar entgegen dem Prinzip der Intransparenz.

Hilfsfragen sind:

- Was könnte dazu führen, dass das Ziel eines Arbeitsschrittes nicht realisiert werden kann?
- Wie könnte die tatsächliche Durchführung erfolgen im Vergleich zum geplanten Ablauf?
- Worüber könnten sich Dritte (z. B. Mitarbeitende anderer Abteilungen, Patient_innen, Einweiser) ärgern; was wäre für sie unbefriedigend?
- Was könnte Personal, Patient_innen, Besucher_innen usw. schädigen bzw. gefährden?
- Wodurch könnte der Gesundheitseinrichtung ein finanzieller Schaden entstehen?

Die gefundenen Antworten werden nach möglichen Auswirkungen bewertet und die Ursachen mit den Folgen verknüpft. Neben der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Fehler x wird dessen Bedeutung und die Wahrscheinlichkeit des Entdeckens bewertet, was sich in der **Risikoprioritätszahl (RPZ)** ausdrückt. Der Schlüssel zum Erfolg sind die darauf basierenden Entscheidungen für Verbesserungsmaßnahmen.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Nach Seghezzi ist die Qualität eines Unternehmens seine Fähigkeit, ein Leistungsangebot (Ware, Information, Service, Interaktion) in gleichmäßiger Qualität, auf festgelegtem oder vereinbarten Qualitätsniveau, in kurzer Zeit, unter Einhaltung des vereinbarten Liefertermins, in vereinbarter oder ausreichender Menge, am richtigen Ort, in der richtigen Art und Weise, zu niedrigen Kosten zu erbringen (Seghezzi, 1993).

Woche 7

Personalmanagement

Handlungsfelder

Im Gesundheitswesen werden insbesondere personenbezogene Dienstleistungen an Patient_innen und Klient_innen abgegeben. Die Branche zeichnet sich diesbezüglich unter anderem durch Dynamik, einen hohen Personaleinsatz, medizinisch-technischen Fortschritt, sowie zumindest regional und berufsgruppenspezifisch durch einen Fachkräftemangel aus. Vor diesen Hintergründen ist im Kontext des Personalmanagements die Unternehmens- und Führungskultur, die von allen Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtung beeinflusst wird, wesentlich (Bode 2015; Barrett 2016). Nicht losgelöst, sondern darin eingebettet sind die Personalgewinnung, -entwicklung und Gestaltung des Personalaustritts zu betrachten.

Das Personalmanagement kann grob in die

- Personalwirtschaft und
- Personalführung

unterschieden werden. Dabei beinhaltet die **Personalwirtschaft** Aspekte des Personalcontrollings und der Personalberechnung. Dagegen bezieht sich die **Personalführung** eher auf den Umgang mit dem Personal, die Interaktion und Kommunikation von der Gewinnung bis zum Austritt von Mitarbeitenden (Doppler & Lauterburg, 2002). Im Hinblick der Aufgaben des Personalmanagements



Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

- Bereitstellung des benötigten Personals,
- Optimierung der Effizienz und
- Aufbau einer sozialen Struktur

existieren Schnittmengen von Personalwirtschaft und –führung.

Personalmanagement beinhaltet die Unterstützung der Abteilungen, Teams, Mitarbeitenden bei der Umsetzung qualitativer und struktureller Veränderungen (z. B. interprofessionelle Gesundheitsversorgung, Matrixorganisation, Projektmanagement), die gezielte Personalentwicklung vom Stellenantritt bis zum –wechsel bzw. –austritt, die Förderung der motivierten Beteiligung der Mitarbeitenden an Entscheidungen und deren Umsetzung (z. B. durch betriebliches Vorschlagswesen) sowie das Forcieren der dezentralen Verlagerung von Verantwortung und die Entwicklung selbständiger Organisationseinheiten (z. B. Departmentalisierung).

Der Zusammenhang der unterschiedlichen Aspekte des Personalmanagements wird in der **Neunfelder-TPC-Matrix** (TPC leitet sich ab von technical, political, cultural forces) skizziert (s. Tab. 2).

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Tabelle 2 Neunfelder-TPC-Matrix (Eigene Darstellung).

Aspekte	Strategie	Prozessmanagement	Personalmanagement
Technische	<p>Welche Dienstleistungen/Produkte?</p> <p>In welcher Qualität?</p> <p>Für welche Zielgruppe (Märkte)?</p> <p>Über welche Kernkompetenz (Alleinstellungsmerkmal, Unique Selling Proposition - USP) verfügt die Gesundheitseinrichtung?</p>	<p>Welche Strukturen (Aufbauorganisation, Organigramm) und Prozesse (Ablauforganisation, SOP, Clinical Pathways, Standards) gibt es?</p> <p>Welche Rollen (auch informell) und Funktionen sind identifizierbar?</p>	<p>Welchen quantitativen und qualitativen Personalbedarf hat die Einrichtung?</p> <p>Welche Anforderungen, Skills und Kriterien der Leistungsbeurteilung existieren (z. B. Stellenbeschreibung, MbO)?</p>
Politische	<p>Welche Entscheidungsebenen und wer sind die Entscheidungsträger?</p> <p>Wie werden Interessen beeinflusst?</p> <p>Wie wird mit Chancen und Risiken umgegangen?</p>	<p>Wer hat Macht und welche?</p> <p>Wer übernimmt welche Rolle?</p> <p>Wer hat welche Entscheidungsbefugnisse?</p>	<p>Wer muss wie entwickelt/ unterstützt werden?</p> <p>Welche Kriterien gibt es hierfür?</p> <p>Wie wird mit Cliques umgegangen?</p>
Kulturelle	<p>Welche Unternehmenskultur wird gelebt?</p> <p>Liegt die Konzentration auf dem Team- oder Individual-Ansatz?</p> <p>Gibt es interprofessionelle Gesundheitsversorgung?</p> <p>Wie ist das Risikoverhalten?</p> <p>Was wird unter Qualität verstanden?</p>	<p>Wie wird mit Subkulturen umgegangen? Gibt es Cliquesbildung?</p> <p>Worin zeigt sich die Unternehmenskultur?</p>	<p>Auf welche Weise werden Grundsätze, Werte und Normen entwickelt (Top-Down, Bottom-up, Gegenstromverfahren)?</p>

Personalwirtschaft

Personalbedarfsermittlung

Die Personalwirtschaft einer Gesundheitseinrichtung ist von den internen (z. B. Unternehmenskultur) und externen Rahmenbedingungen (z. B. Gesetzgebung, Tarif) beeinflusst [s. S. 12 Stakeholder] (s. Tab. 3).

Tabelle 3 Grundlagen personalwirtschaftlichen Vorgehens (Schär, 2002, 258).

Aspekt	Inhalte
rechtlich-politisch	bestehende Sozial- und Rechtsordnungen: kollektives Vertragsrecht (z. B. Tarifvertrag) individuelles Vertragsrecht (z. B. Arbeitsvertrag) Mitbestimmungsgesetze (z. B. Betriebsverfassungsgesetz) Schutzgesetze (z. B. Mutterschutzgesetz, Arbeitsstättenrichtlinie) Sozialgesetzgebung (z. B. Krankenversicherung)
sozio-kulturell	individuelle Einstellungen und Verhaltensmuster der Mitarbeitenden (Einstellungen zu Autorität, Mobilität, Verantwortungsübernahme etc.)
technologisch	medizinisch-technischer Fortschritt, Digitalisierung, veränderte Arbeitsbedingungen können zu Personalentwicklungsbedarf führen
ökologisch	Infrastruktur (z. B. Wege), Umweltschutz, klimatische Bedingungen (z. B. Raumausstattung) in der Arbeitsumwelt
ökonomisch	volkswirtschaftliche und arbeitsmarktbezogene Faktoren (z. B. Fachkräftemangel -> Marktmacht liegt bei den Bewerber_innen), Strukturen und Prozesse (z. B. Leanmanagement, agiles Management, Synergieeffekte, interprofessionelle Gesundheitsversorgung)



Die Personalplanung wird nach qualitativen und quantitativen Aspekten gegliedert. **Qualitative Aspekte** betreffen Analysen vorhandener und das Aufstellen von Plänen notwendiger Qualifikationen (z. B. jährlich im Zuge der Zielvereinbarungsgespräche; der Aufstellung des Geschäftsberichtes) der Mitarbeitenden. Hierzu gehören die Organisation von Personalqualifizierung (z. B. Inhouseseminar, Job-Rotation) und die Personalrekrutierung. Demgegenüber beinhaltet die **quantitative Personalplanung** die Datenauswertung hinsichtlich bestimmter Fragestellungen (z. B. Betriebliches Gesundheitsmanagement -> Anteil der Ausfalltage durch Krank ohne Schein (KoS)). Den Umfang und die Einbettung der Personalplanung in das gesamte Personalmanagement zeigt Abbildung 12 (s. Abb. 12) (Berthel & Becker, 2017; Bartscher & Nissen 2017).

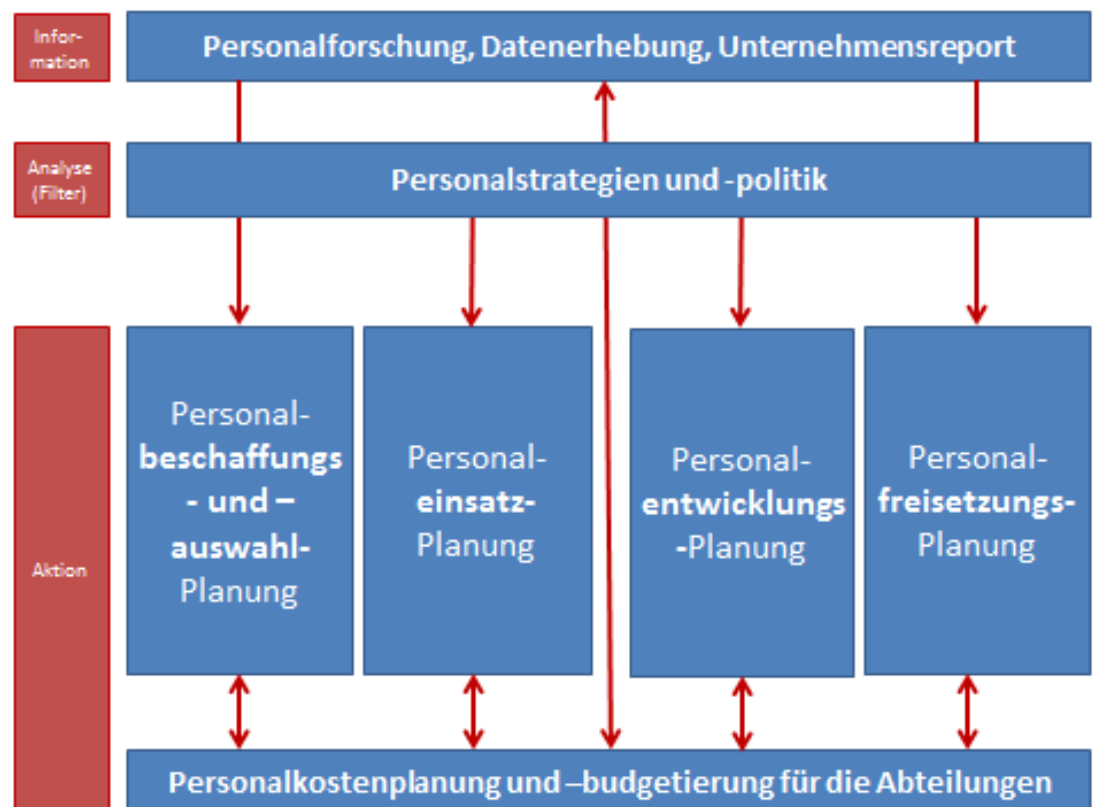


Abbildung 12 Umfang der Personalplanung (Eigene Darstellung in Anlehnung an Berthel & Becker, 2017; Bartscher & Nissen 2017).



Die **Personalbedarfsermittlung** dient zur Identifikation der benötigten, quantitativen und qualitativen Personalkapazitäten und kann unter verschiedenen Perspektiven erfolgen (s. Tab. 4).

Tabelle 4 Aspekte zur Personalbedarfsermittlung (Eigene Darstellung).

Differenzierungsart	Spezifik	Inhalt
Dimension	qualitativ	Qualifikation (z. B. Gesundheits- und Krankenpflege, Manuelle Therapie, Management, Rezeptionsfachkraft)
	quantitativ	Anzahl, Vollkräfte (VK), Stunden (auf Honorarbasis)
	örtlich	Einsatzort, bestimmter Aufgabenbereich (z. B. Hausbesuch, Rezeption, Tagesklinik)
	zeitlich	Zeitpunkt, Zeitraum (z. B. Wochenend- und Feiertagsdienst)
Anlass	Ersatz	abhängig von der Einrichtung, dem Tarif, der Organisationsstruktur
	Reserve	bei Freizeitausgleich, Fehlzeiten, Einarbeitungszeiten
	zusätzlich	Spezielle Veranstaltung (z. B. Tag der offenen Tür)
Inhalt	fachlich	Spezielle Fach- und Methodenkompetenz
	handlungs- übergreifend	Führungsverantwortung, Entscheidungsträger

Grundsätzlich werden zur Personalbedarfsermittlung **Kennzahlen** (Benchmarking) [s. S. 52 Benchmarking] sowie **Multimomentaufnahmen** (Beobachtung, Zeiterfassung etc.) genutzt (Baumann et al., 1997).



Personaleinsatz und –kosten im Krankenhaus

<http://www.bkp.v.de/ver/pdf/gb1997/reehe.pdf>

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Bei der quantitativen Personalbedarfsberechnung ist stets der Aspekt der **Nettojahresarbeitszeit** (NJAZ) zu berücksichtigen. Die NJAZ wird nach folgendem Schema berechnet (s. Abb. 13).

Berechnung der Nettojahresarbeitszeit
fiktives Beispiel für eine Vollkraft (100% Stelle, 40-Stunden-Woche)

Arbeitstage pro Woche	5
x Wochen pro Jahr	52
= Arbeitstage pro Jahr	260
- Feiertage	10
- Urlaub	30
- Krankheitstage	5
- Sonstige (Bildungsurlaub, Sonderurlaub etc.)	3
= verfügbare Arbeitstage	212
x Arbeitsstunden pro Tag	8
= verfügbare Arbeitsstunden	1.696
x Produktivität (exkl. Sanitärpausen, Flurfunk, private Telefonate, Mails etc.)	75%
= produktive Arbeitsstunden	1.272

Abbildung 13 Schema zur Berechnung der Nettojahresarbeitszeit (Winkelmann & Suppes, 2013).



Kompendium Personalwirtschaft und -controlling

http://ashtoc.kobv.de.proxy.ash.kobv.de/docs/Kompendium_Personalwirtschaft_und_Personalkontrolling_2019.pdf

Woche 8

Personalgewinnung

Wird ein Personalbedarf festgestellt, geht es um die Rekrutierung geeigneter Kandidat_innen zur Auswahl. Bei der Personalgewinnung (synonym verwendet werden die Begriffe Personalrekrutierung, Personalbeschaffung) sollen potenzielle Bewerber_innen motiviert werden, sich für eine vakante Stelle mit einer Bewerbung zu interessieren. Es ist sinnvoll, bereits bei der **Stellenausschreibung** das Team mit einzubeziehen, um neben der technischen Skills auch von Anfang an soziale und kulturelle Aspekte zu berücksichtigen.



Jede Personalveränderung hat Auswirkungen auf das Team, die Besetzung der Teamrollen und die Teamperformanz. Hierüber muss unter den Mitarbeitenden Klarheit herrschen. Daher kann Transparenz bei der Personalgewinnung vorteilhaft sein.

Bei der Personalbeschaffung ist regelmäßig die interne von der externen abzugrenzen. Alle Beschäftigten in der Gesundheitseinrichtung bieten **interne Beschaffungspotenziale**. Um diese zu heben, kann eine interne Stellenausschreibung allgemein publiziert und/ oder Mitarbeitende können individuell direkt angesprochen werden. Damit verbunden ist beispielsweise eine Aufgabenveränderung, Umsetzung oder Versetzung. Instrumente sind die interne Stellenausschreibung, Stellenausschreibung, Direktansprache, Karrieregespräch, lebenszyklusorientierte Personalentwicklung. Demgegenüber stellen mögliche Arbeitnehmer_innen auf dem außerbetrieblichen Arbeitsmarkt **externe Beschaffungspotenziale** dar. Damit verbunden sind beispielsweise die Neu- oder auch Wiedereinstellung sowie der Abschluss von Arbeitnehmerüberlassungsverträgen.

Instrumente sind die Arbeitsvermittlung, Job-Agentur, Inserate, Direktansprache, Headhunter, Personalberatung, Personalmarketing, Mes-

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

sen (Berufsmessen), Nutzung von einschlägigen, für die vakante Stelle spezifischen Online-Portalen.

Lebenszyklusorientierte Personalentwicklung (PELZ)

Einleitung

In aktuellen Stellenanzeigen oder beim Blick in die Gesundheitseinrichtungen scheint es so, als wäre Personalentwicklung vorrangig darauf ausgerichtet, fachliches Wissen und dahingehende Kompetenzen zu entwickeln. Hintergründe hierfür sind unter anderem bestehende Gesetzgebung, Abrechnungsaspekte oder die Tarifstruktur. Aber auch Traditionen in den Berufsgruppen können hierfür verantwortlich sein.

Die lebenszyklusorientierte Personalentwicklung (PELZ) verfolgt den Ansatz, die Arbeitgeber- und Beschäftigtenperspektive anzunähern. Bedürfnisse und Skills von jungen Einsteiger_innen sollen ebenso berücksichtigt werden wie die der älteren Mitarbeitenden, die langjährig im Team sind. Karriere wird häufig eindimensional vertikal ermöglicht und angestrebt. Im PELZ-Konzept werden neben **vertikalen** auch die **horizontalen Karrierewege** berücksichtigt, geplant und ermöglicht (Winkelmann, 2019b).



Die lebenszyklusorientierte Personalentwicklung berücksichtigt die Tatsache, dass jeder Mensch einen individuellen Lebenszyklus durchläuft (Graf, 2008).



Das Wissen um die verschiedenen Phasen und Teilzyklen schafft die Basis einer ganzheitlichen Betrachtung mit dem Ziel, die Unternehmens- und Beschäftigtenperspektive hinsichtlich möglicher Inkongruenzen zu untersuchen, und diese abzubauen. **Gelingensfaktoren** sind einerseits die Unternehmens- und Führungskultur, die mit langfristiger Perspektive, Vision und Zielhorizonten die Entwicklung der Beschäftigten fördert, und andererseits die Bereitschaft der Beschäftigten zum

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

lebenslangen Lernen und zur Anpassung an die sich im Laufe des Berufslebens äußeren und inneren Rahmenbedingungen. Die Diagnostik stellt stets die Grundlage zur Identifizierung und Implementierung individueller Maßnahmen der Personalentwicklung dar. Strukturierte Mitarbeitergespräche können diesbezüglich geeignet sein, um turnusmäßig die Perspektiven abzugleichen.

Berücksichtigung von Lebenszyklen in der Personalentwicklung

PELZ ist ein ganzheitlicher Ansatz im Personalmanagement. Ziel ist die spezifische Entwicklung aller Mitarbeitenden einer Einrichtung und zwar während der gesamten Anstellungszeit (Graf, 2008). Im Grundsatz handelt es sich dabei um die Modifikation der betriebswirtschaftlichen Analyseinstrumente von Produktlebenszyklus und Portfolio (Winkelmann, 2019c). [s. S. Produktlebenszyklus und Portfolio]

Auch Mitarbeitende durchlaufen ab Eintritt in die Gesundheitseinrichtung einen solchen Zyklus. Maßnahmen zur Personalentwicklung sollten sich an der jeweiligen Phase orientieren (s. Abb. 14).

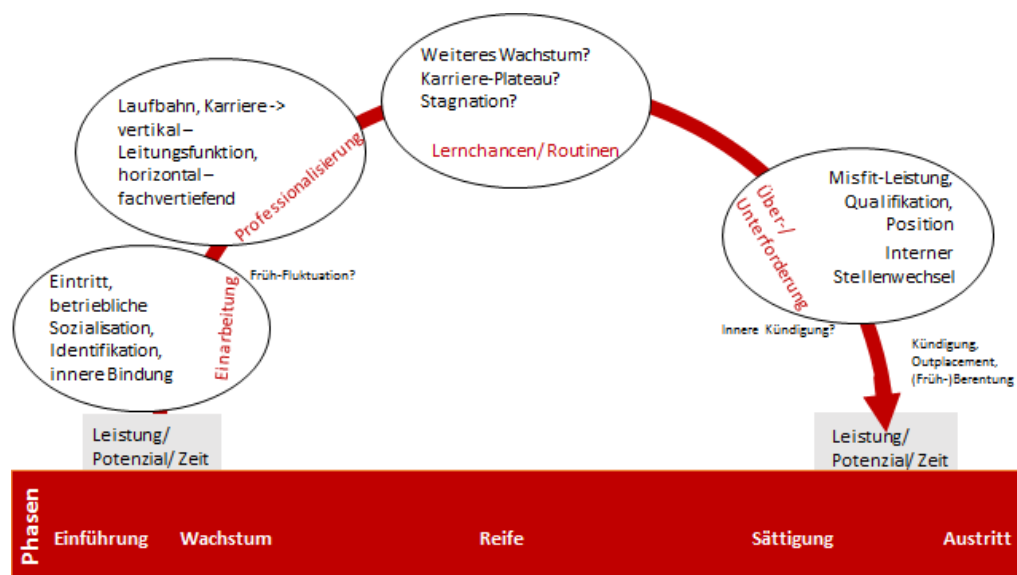


Abbildung 14 Lebenszyklusphasen im beruflichen und betrieblichen Kontext (Winkelmann, 2019c).

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Grundsätzlich lassen sich die Lebenszyklen nach verschiedenen Dimensionen kategorisieren (s. Tab. 5).

Der ganzheitliche Ansatz geht über die Förderung von Talenten, Leistungsträgern oder jungen Mitarbeitenden weit hinaus (Winkelmann & Suppes, 2012). Es werden von Arbeitsgeberseite keine dahingehenden Selektionen vorgenommen. Allerdings werden parallel dazu Fähigkeit und Bereitschaft zum lebenslangen Lernen und Erhalt der Arbeitsmarktfähigkeit auch durch Flexibilität eingefordert.

Die Perspektiven der Einrichtung als auch der jeweiligen Beschäftigten sollen angenähert werden: Mitarbeitende dürfen, können und wollen (Sprenger, 2000).

Tabelle 5 Lebenszyklen, Entwicklungstendenzen und Personalentwicklungsansätze (Winkelmann, 2019c).

Lebensfeld	Lebenszyklus	Mögliche Entwicklungen	Ansätze für die Personalentwicklung
Identität	Biosozial (ab Geburt bis Tod)	Steigende Lebenserwartung, Gesundheitsbezogene Aspekte	Unterschiedliche Qualitäten der Lebensphasen, jeweils andere Lebensaufgaben und Potenziale
Familie	Familiär (bezieht sich auf Partnerschaft, Ehe, Kinder, Enkel)	Heirats-, Scheidungs-, Geburtsraten, Veränderung von Lebensformen	Brücke zwischen Familie und Beruf
Beruf	Beruflicher (ab Berufswahl bis Ausscheiden aus Erwerbsleben)	Veränderung der Bedeutung von Arbeit, Verlängerung der Ausbildungszeit, Arbeitsplatzwechsel, Berufsausstieg	Lebenslanges Lernen, Wertewandel

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

	<p>Laufbahnbezogener (ab Eintritt ins Unternehmen bis Austritt)</p>	<p>Hierarchie-Verflachung, mehr Selbstverantwortung, steigende Bedeutung von älteren Beschäftigten, interkulturelle Aspekte (Geflohene usw.)</p>	<p>Förderung und Entwicklung während gesamter Anstellungszeit</p>	<p>für die Definition von Maßnahmen entscheidend</p>
	<p>Stellenbezogener (ab Antritt einer neuen Stelle bis Stellenwechsel)</p>	<p>Veränderung der Arbeitsbedingungen, Anforderungen und Qualifikationen</p>	<p>Erhalt und Förderung der Leistungsfähigkeit und –bereitschaft, Arbeitsmarktfähigkeit</p>	

Einfluss verschiedener Stakeholder auf Personalentscheidungen

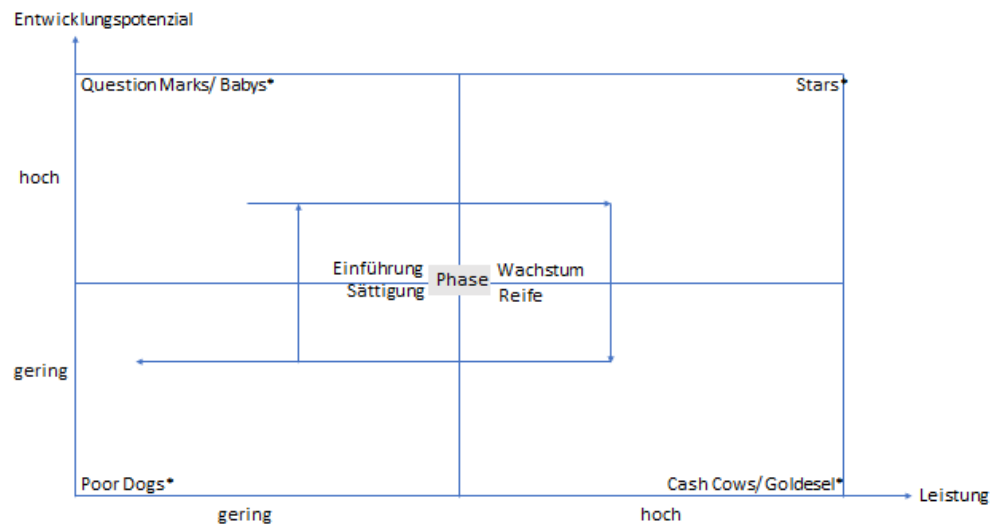
Die Ziele der verschiedenen Stakeholder (Geschäftsführung, Mitarbeitende, Abteilungsleitung, Familie usw.) sind nicht zwingend deckungsgleich. [s. S. 12 u. 18 Stakeholder, Stakeholderanalyse]

Wenn beispielsweise die Leitung vordergründig den Erhalt und die Optimierung der Wettbewerbsfähigkeit der Praxis sowie die Anpassung an sich ändernde Rahmenbedingungen (z. B. Gesetzgebung, Heilmittelrichtlinie, neue Praxis in der Nähe hat eröffnet) fokussiert, wird sie die Fähigkeit der Mitarbeitenden zur Verhaltensänderung (z. B. höhere Serviceorientierung) höher priorisieren als die Wissensvermittlung (z. B. Kongressbesuche). Wiederum haben Mitarbeitende beispielsweise die Arbeitsplatz-, Existenzsicherung, die Familienplanung, Aufstiegschancen und/ oder Gehaltssteigerungen, Selbstentfaltung durch Übernahme qualifizierter Aufgaben, die in der Regel Zertifikate voraussetzen, im Blick.

Die Kenntnis der jeweiligen Perspektive, die sich im Laufe der Anstellungszeit auch mehrmals ändert, ist für beide Seiten wichtig und fließt in die Maßnahmenplanung ein.

Portfolio-Analyse und Mitarbeiter-Matrix als Diagnoseinstrument

Um gezielt Maßnahmen zu implementieren, kann eine Portfolio-Analyse, angelehnt an dieses im Dienstleistungs- und Produktmanagement der BWL übliche Instrument, verwendet werden [s. S. 26 Portfolio-Analyse, BCG-Matrix oder Vier-Felder-Matrix]. Bei der so entstehenden Mitarbeitenden-Matrix handelt es sich um eine Momentaufnahme, die den Ist-Zustand abbilden soll (s. Abb. 15). Hierzu wird z. B. im Rahmen eines **strukturierten Jahresgesprächs** in einem Diagramm die Einschätzung zum Entwicklungspotenzial und zur Leistung abgetragen. Sowohl die Führungskraft als auch die Mitarbeitenden können sich mit einem entsprechenden Formular auf die Gespräche vorbereiten und diese somit effizient gestalten.



* Quadranten-Bezeichnung entspricht Portfolio-Analyse

Abbildung 15 Mitarbeiter-Matrix auf Basis der Portfolio-Analyse (Winkelmann, 2019d).

PELZ-Maßnahmen

Mit der so ermöglichten Einordnung in den jeweiligen Quadranten (s. Abb. 15) kann individuell für die_ den Mitarbeitende_n identifiziert werden, welche Maßnahmen zur Personalentwicklung geeignet sind (s. Tab. 6). Diese spezifischen Maßnahmen sind eingebettet in ein Fundament bestehend aus

- strukturierten Mitarbeitergesprächen,
- Coaching,
- Mentoring,
- Selbstentwicklungsmöglichkeiten,
- Arbeitszeitflexibilität,
- Skills- und Generationenmix.

Wesentlich ist, dass die Führungskraft das ihr eingeräumte Budget bzw. die Optionen für Maßnahmen einschätzen kann. Sind die spezifischen Maßnahmen erkannt, beginnt die Personalentwicklungsplanung inklusive der Abwesenheiten und Kosten für das Folgejahr. Die Überprüfung des Erfolgs findet unter anderem in den turnusmäßigen, strukturierten Mitarbeitergesprächen statt.

Tabelle 6 Quadrantenbezogene Zuordnung spezifischer Personalentwicklungsmaßnahmen.

Quadrant	I	II	III	IV
Entwicklungspotenzial	hoch	hoch	niedrig	niedrig
Derzeitige Leistung	niedrig	hoch	hoch	niedrig
Spezifische Maßnahmen				

Personalausritt



Der Austritt kann durch unterschiedliche Anlässe erfolgen. Nicht gemeint ist der Wechsel innerhalb einer Gesundheitseinrichtung, z. B. auf eine andere Station oder in ein anderes Haus. Allerdings sind Elemente, wie beispielsweise das Gespräch zum Wechsel, zum Abschied und die Einbeziehung des Teams auch in Fällen des internen Stellenwechsels sinnvoll.

Ein Austritt erfolgt bei der Kündigung durch die_ den Mitarbeitenden oder der Kündigung durch den Arbeitgeber. Liegt ein befristetes Arbeitsverhältnis vor, endet dieses mit Ablauf der Frist. Das Arbeitsverhältnis erlischt unter anderem, wenn der Renteneintritt erreicht ist oder beim Tod der_ des Mitarbeitenden.



Wenn Mitarbeitende das Team verlassen, gehen der Gesundheitseinrichtung stets auch Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten verloren. Ein strukturierter Austritt, der neben der gebotenen Zeugnisausstellung (**nicht qualifiziert** vs. **qualifiziert**) auch eine angemessene Verabschiedung beinhaltet, ist eine Option, den Verlust zu begrenzen und möglicherweise, beiderseitige Defizite, Fehlerwartungen oder Unstimmigkeiten aus der Vergangenheit aufzuarbeiten. Aus strukturierten Abschiedsgesprächen lassen sich Informationen generieren, die geeignet sind, die Identifikation der_ des Mitarbeitenden mit der Gesundheitseinrichtung zu erhöhen (s. Tab. 7). Damit ist es nicht ausgeschlossen, dass die_ der Mitarbeitende sich zum gegebenen Zeitpunkt wieder mit einer Bewerbung für die Gesundheitseinrichtung entscheidet. Zudem bieten diese Informationen Anregungen zur Verbesserung beispielsweise der Unternehmenskultur, der Unternehmenskommunikation oder der Abläufe.

Im Hinblick auf das verbleibende Team ist es wesentlich, Reaktionen wie Unsicherheit bezogen auf die Liquidität der Einrichtung, die Stabilität der Aufbauorganisation oder möglicher Mehrbelastung durch Aufgabenübernahme durch Transparenz und Lösungsvorschläge zu begegnen.

Tabelle 7 Vorbereitung, Ablauf und Nachbereitung von Abschiedsgesprächen (Lenz et al., 2000).

Phase	Inhalt
Vorbereitung	Rollenklarheit (unparteiisch, emotional neutral, neugierig, keine Rechtfertigung, Respekt vor der Entscheidung)
	Gesprächswunsch mitteilen (Art je nach Usus)
	optimale räumliche und zeitliche Ressourcen organisieren
	Repetition der Vita
Ablauf	Danksagung für Gesprächsmöglichkeit inkl. Bedürfnis der Gesundheitseinrichtung
	Anerkennung
	Gesprächsplan mit Mitarbeiter_in abstimmen
	Überprüfung der Gesprächsziele
	Vereinbarung zum gemeinsamen Umgang nach dem Austritt
	Danksagung inkl. angemessener Verabschiedungsgeste
Nachbereitung	Protokollierung auch der Verbesserungsvorschläge, Einverständnis des Mitarbeiters (m, w, d) sollte vorher eingeholt werden

Woche 9

Personalführung

Führungskultur

Die Führungskultur ist eingebettet in die Strategie der Gesundheitseinrichtung, die Vision, Mission, Grundwerte und das Leitbild, die allen in der Gesundheitseinrichtung Tätigen, also auch den Leitungen und möglicherweise Mitarbeitenden externer Dienstleister (z. B. Reinigungs-

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

dienst), einen orientierenden Rahmen für ihr Handeln geben. [s. S. 13 Zielhierarchie in Gesundheitseinrichtungen]

Die Führungs- und Verantwortungsebenen sind je nach Größe der Gesundheitseinrichtung aufgestellt:

- das Top-Management (z. B. Vorstand, verantwortet die strategische, langfristige Ausrichtung des Klinikums),
- das mittlere Management (z. B. Therapie-Abteilungsleitung, verantwortet die mittelfristige, taktische Ausrichtung der Therapie-Abteilung) und
- das untere Management (z. B. Teamleitung, verantwortet das operative Geschäft = Tagesgeschäft) [s. S. 15 Abb. 5].

In kleinen Einrichtungen, wie beispielsweise einer Praxis für Ergotherapie mit fünf Mitarbeitenden, ist die Praxisleitung in der Regel gleichzeitig für die strategische Ausrichtung der Praxis sowie für die Planung und Umsetzung der Tagesziele verantwortlich.

Bei sämtlichen kulturellen Aspekten, so auch der Führungskultur, ist zur Wahrnehmung wesentlich, was sowohl Führungskräfte als auch die Mitarbeitenden ohne Personalführungsfunktion im Berufsalltag zeigen. Hierbei ist die **Rollendefinition** entscheidend. Es können drei Modelle unterschieden werden



- Modell 1 – Steuerung und Kontrolle,
- Modell 2 – Teamentwicklung und Führung mit Zielen
- Modell 3 – Rollenvielfalt und -wechsel (Lenz et al., 2000).

Situations- und Aufgabenbezogen sollte die Führungskraft in der Lage sein, die verschiedenen Modelle umzusetzen. Gleiches gilt für die verschiedenen **Führungsstile** von autoritär (z. B. in Notsituationen) bis stark mitarbeitendenorientiert (z. B. wenn Mitarbeitende durch eine Ausnahmesituation im familiären Umfeld psychisch und/ oder physisch

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

nicht in der Lage sind, den Dienst in gewohnter Weise zu verrichten, jedoch das Team und ihre Wirksamkeit im Team als Stütze sehen).

Demzufolge ist die weit verbreitete Annahme, es gäbe einen besten Führungsstil oder das beste **Führungsmodell**, falsch. Mitarbeitende erwarten von Führungskräften insbesondere Authentizität und Verlässlichkeit in den Aussagen und Entscheidungen (Frey et al., 2012, 235-250; Karnicnik & Sanne 2007; Bekk & Spörrle, 2012; Barrett, 2016; Doppler & Lauterburg, 2002).

Das Prinzipienmodell der Führung nach Frey zeigt Abbildung 16 (s. Abb. 16).

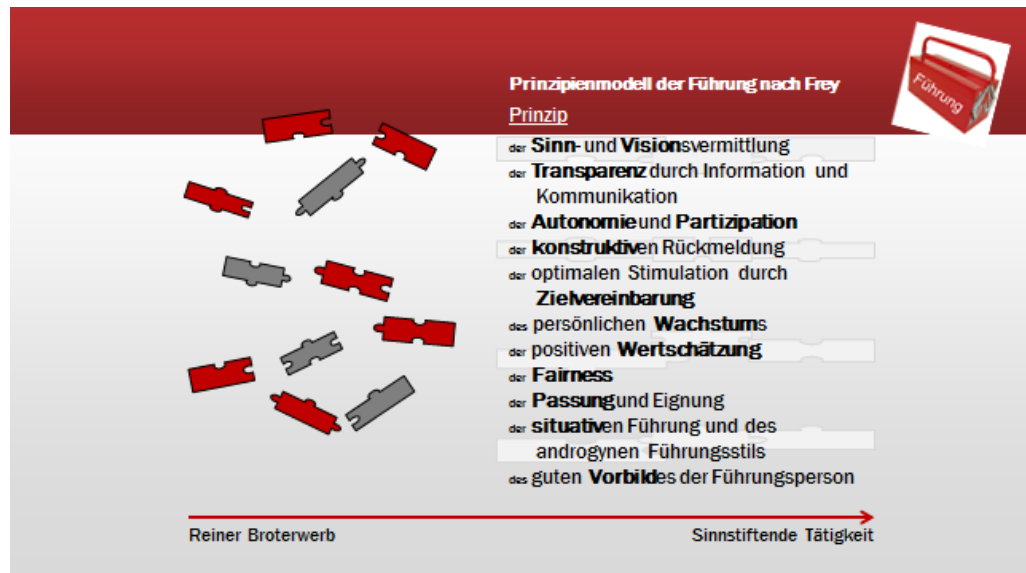


Abbildung 16 Prinzipienmodell der Führung nach Frey (Eigene Darstellung).

Strategisches Controlling

Einleitung

Controlling ist kein Selbstzweck, sondern dient als Entscheidungs- und Führungshilfe hinsichtlich diverser Fragestellungen und Zeithorizonte für eine Einrichtung. Ziel- und erfolgsorientierte Planung, Steuerung,



Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Kontrolle und Koordination in allen Bereichen und auf allen Ebenen sind notwendig, um langfristig die Existenz der Einrichtung im Markt zu sichern. Controlling hat hauptsächlich eine **Support-Funktion** für das Management.

Ausgewählte Controllinginstrumente zur Unternehmensführung

Benchmarking

Das Vergleichen mit den Besten oder auch der Leistungsvergleich zählen zu den strategischen (langfristig ausgerichteten) Controllinginstrumenten. Prinzipiell sollen beim Benchmarking Informationen und Daten der Einrichtungen mit dem Ziel erhoben und verglichen werden, um durch Lerneffekte die eigene Leistung zu verbessern (s. Abb. 17) Benchmarking ist Teil des strategischen Managements und damit zunächst übergeordnete Steuerungs- und Führungsaufgabe der obersten Führungsebene der Einrichtung/ des Unternehmens (Praxisinhaber_in, Vorstand, Geschäftsführer_in). [s. S. 37 Personalwirtschaft]

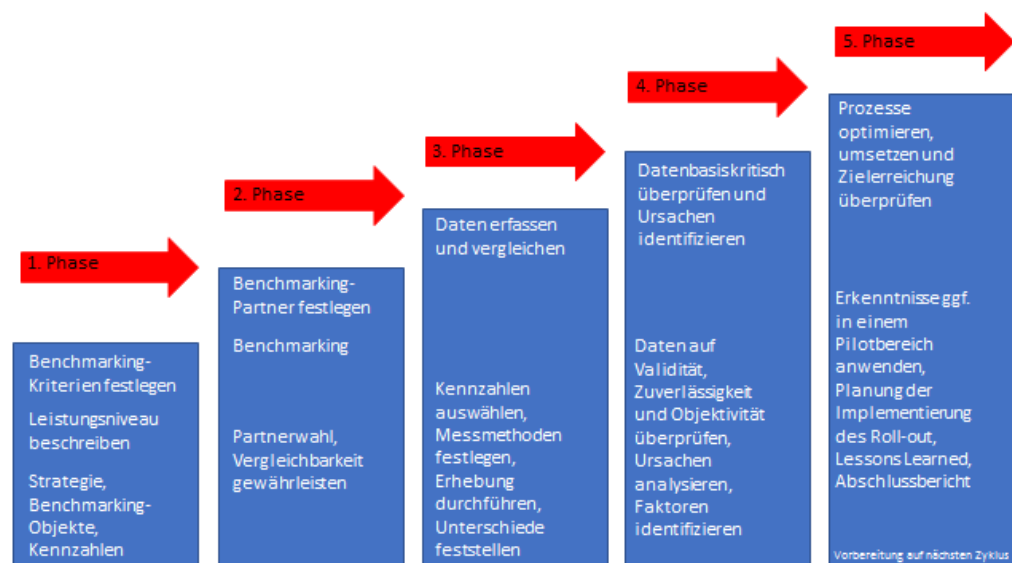


Abbildung 17 Schematische Darstellung eines Benchmarking-Zyklus (Eigene Darstellung)⁶.

Dieser Vergleich mit den Besten ist niemals abgeschlossen, sondern findet kontinuierlich statt. Es werden eigene Produkte und Dienstleis-

⁶ eingereicht zur Publikation Winkelmann C (2021) Benchmarking. Gerade in der Krise Zusammenhalten und von anderen lernen. Training . Therapie & Digitalisierung H1 47-50.
Winkelmann C, Helmer-Denzel A (2021) Teambuilding leicht gemacht Von der Projektidee zum Teamerfolg. 1. Aufl. 200 Seiten. Göttingen: Hogrefe. ISBN 9783456861777. Voraussichtliches Erscheinen September 2021.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

tungen, aber auch Strukturen und Prozesse mit denen anderer Einrichtungen verglichen. Das interne Benchmarking (z. B. der Wettbewerb von einzelnen Abteilungen oder einzelnen Häusern einer Klinikgruppe) erfolgt auch mit kurz- und mittelfristigen Zielen und kann daher auch beispielsweise zu den Aufgaben der Abteilungs- oder Teamleitung zählen (Gerlach, 2001).

Wie im Sport zielt das Benchmarking darauf, die Erfolgreichsten zu ermitteln und sich mit ihnen – auch nur in Teilbereichen – zu messen sowie von ihnen und ihren Erfolgsstrategien zu lernen.



Ein Benchmark ist eine **Bezugsgröße** bzw. **Vergleichsstandard**, für die eigene Einrichtung, die sich an den Standards ausgewählter anderer Einrichtungen oder der gesamten Gesundheitsbranche orientieren (Winkelmann, 2019e). Beim Vergleich mit der besten Einrichtung kann es sich einerseits um den stärksten Mitwettbewerber handeln. Andererseits ist auch der Vergleich mit branchenfremden Einrichtungen für bestimmte Fragestellungen möglich bzw. wenn bekannt ist, dass hier die leistungsstärksten Einrichtungen aktiv sind, z. B. Vergleich der Prozessqualität im OP mit der Umsetzung von Standards der Pilot_innen.

Zum **Benchmarkingprozess** zählt, dass Leistungslücken der eigenen Einrichtung identifiziert werden und später auch Lösungen bzw. Maßnahmen zum Schließen dieser Lücken gefunden und umgesetzt werden. [s. S. 19 GAP-Analyse] Mit einem erneuten Benchmarking erfolgt die Überprüfung, ob die implementierten Maßnahmen erfolgreich waren (Winkelmann, 2019e).

Es können grundsätzlich verschiedene Items untersucht werden, so z. B. die:

Produkte

Warum sind Produkte anderer Einrichtungen erfolgreicher als die eigenen?

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Prozesse

Wie gehen die anderen Einrichtungen bei der Herstellung von Produkten oder der Durchführung von Dienstleistungen oder auch der Planung von Diensten, der Personalentwicklung usw. vor?

Organisation

Wie ist die beste Einrichtung aufgebaut (Organigramm, Personal, Personalstellen, Instanzen, Abläufe, Weisungsbefugnisse usw.)?

Strategie

Wo ist die leistungsstärkste Einrichtung aktuell aktiv und wohin plant sie sich mittel- und langfristig auszurichten?



Ein **Vorteil** des Benchmarkings ist die Option, Leistungsstandards zu identifizieren und auf die eigene Einrichtung zu übertragen.

Gerade der Vergleich der Abteilungen untereinander kann auch durch die damit verbundene Transparenz zu mehr Leistungsbewusstsein und Motivation bei den Mitarbeitenden führen.

Ein **Nachteil** ist, dass andere Einrichtungen interessiert sein müssen, ihre Standards offen zu legen. Insbesondere ist dies schwierig, wenn es sich um direkte Mitwettbewerber handelt.

Woche 10

Balanced Scorecard (BSC)

Die Balanced Scorecard (BSC, ausgewogene Berichtskarte) dient dazu, einen Ausgleich zwischen strategischer und taktischer/ operativer Managementebene herzustellen. Dabei werden sowohl die Finanzperspektive, aber explizit auch die Patienten-/ Kundenperspektive, die Potenzialperspektive (Entwicklungspotenzial, Personal) und Prozessperspektive ergänzt um die Einbeziehung des Wettbewerbs- und Stakeholderumfeldes zur Bewertung herangezogen (Abb. 18).



Die BSC basiert auf der Annahme, dass ausschließlich die Strategien und Ziele erfolgswirksam umgesetzt werden können, die durch Indikatoren (Key Performance Indicators) operationalisiert werden können. Nur durch die damit gegebene Messmöglichkeit, können Kausalzusammenhänge hergestellt werden (Kaplan & Norton, 1997, 9f.; Conrad, 2001, 42f.; Heberer et al., 2002, 428; Naegler, 2002, 210; Friedag & Schmidt, 2015, 18; Kirstein & Lurati, 2017; Braun v. Reinersdorff, 2002; Maurer et al. 2012).

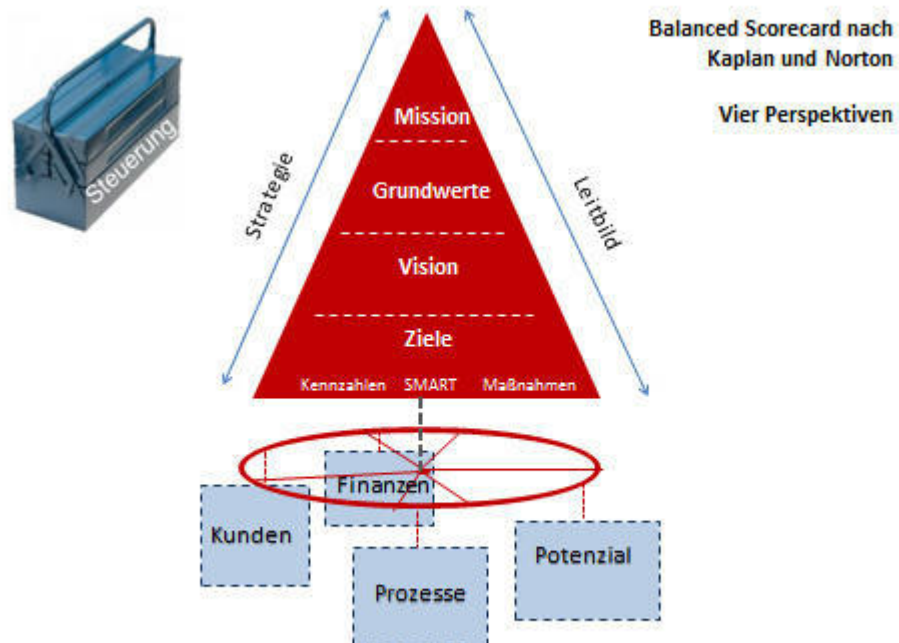


Abbildung 18 Schematische Darstellung des Zusammenhangs der Balanced Scorecard mit der Unternehmensstrategie (Eigene Darstellung)⁷.



https://www.boeckler.de/pdf/mbf_bsc_konzept.pdf

⁷ eingereicht zur Publikation Winkelmann C, Helmer-Denzel A (2021) Teambuilding leicht gemacht Von der Projektidee zum Teamerfolg. 1. Aufl. 200 Seiten. Göttingen: Hogrefe. ISBN 9783456861777. Voraussichtliches Erscheinen September 2021.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Barrett, R. (2016): Wertorientierte Unternehmensführung. Cultural Transformation Tools für Performance und Profit, Berlin: Springer.

Bartscher, Th. & Nissen, R. (2017): Personalmanagement. Grundlagen, Handlungsfelder, Praxis, 2. aktual. Aufl., Hallbergmoos: Pearson Deutschland.

Bekk, M. & Spörrle, M. (2012): Auch in Zukunft nicht nur eine Frage der Person: Persönlichkeitskonzepte im organisationalen Führungskontext. In: S. Grote (Hrsg.), Die Zukunft der Führung, Berlin: Springer.

Berthel, J. & Becker, F. G. (2017): Personal-Management. Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit, 11. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Bode, D. (2015): Die Bewertung von immateriellen Werten im Krankenhaus. In: W. Zapp (Hrsg.), Wertorientierte Konzeptionen im Krankenhaus. Analyse – Verfahren – Praxisbeispiele, Wiesbaden: Springer.

Braun v. Reinersdorff, A. (2002): Strategische Krankenhausführung. Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management, 1. Aufl., Bern: Hans Huber.

Coenenberg, A. G., Salfeld, R. & Schultze, W. (2015): Wertorientierte Unternehmensführung: Vom Strategieentwurf zur Implementierung, 3. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Conrad, H.-J. (2001): Balanced Scorecard als modernes Management-Instrument im Krankenhaus, Kulmbach: Baumann.

Doppler, K. & Lauterburg, C. (2002): Change-Management: den Unternehmenswandel gestalten, 10., neu aktual. u. erw. Aufl., Frankfurt: Campus.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Eichhorn, S. (1997): Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. Stuttgart: Kohlhammer.

Fischer, M. (2001): Produktlebenszyklus und Wettbewerbsdynamik. Grundlagen für die ökonomische Bewertung von Markteintrittsstrategien. Wiesbaden: Gabler.

Fleßa, S. (2008): Grundzüge der Krankenhaussteuerung. München: Oldenbourg.

Frey, D., Streicher, B. & Aydin, N. (2012): Center of Excellence Kulturen sowie professionelle ethikorientierte Führung als Voraussetzung für ökonomischen Erfolg. In: S. Grote (Hrsg.), Die Zukunft der Führung, Berlin: Springer.

Friedag, H. R. & Schmidt, W. (2015): Balanced Scorecard, 5. Aufl., Freiburg: Haufe.

Gerlach, F. M. (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin, 1. Aufl., Stuttgart: Thieme.

Graf, A. (2008): Lebenszyklusorientierte Personalentwicklung. In: N. Thom & R. J. Zaugg (Hrsg.), Moderne Personalentwicklung, Wiesbaden: Gabler.

Heberer, M., Imark, P., Bogdan, B., Freiermuth, O., Hurlebaus, T., Juhasz, E. & Bodoky, A. (2002): Welche Kennzahlen braucht die Spitalführung? Konzept und Anwendung der Balanced Scorecard. In: Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 83, Nr. 9, 425-434.

Helmig, B., Hinz, V. & Graf, A. (2013): Kundenmanagement in Krankenhäusern. In: R. Busse, J. Schreyögg & T. Stargardt (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Berlin: Springer.

Homburg, Ch. & Krohmer, H. (2007): Marketingmanagement. Strategie – Instrumente – Umsetzung – Unternehmensführung, 2., überarb. U. erw. Aufl., Wiesbaden: Gabler.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1997): *Balanced Scorecard. Strategien erfolgreich umsetzen*, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Karnicnik, E. & Sanne, C. (2007): *Siemens-Führungsrahmen*. In: J. Erpenbeck & L. v. Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*, 2., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Kirstein, A. & Lurati, A. (2017): *Key Performance Indicators (KPI) im Krankenhaus*. In: J. F. Debatin, A. Ekkernkamp, B. Schulte & A. Tecklenburg (Hrsg.), *Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*, 3., vollst. aktual. u. erw. Aufl., Berlin: MWV.

Lenz, G., Ellebracht, H. & Osterhold, G. (2000): *Vom Chef zum Coach: Der Weg zu einer neuen Führungskultur*, 2., korr. Nachdruck, Wiesbaden: Gabler.

Maurer, M. H., Teichgräber, U., Kröncke, T. J., Hamm, B. & Lemke, A. J. (2012): *Die Balanced Scorecard – Anwendungsmöglichkeiten in der Radiologie*. In: *Fortschr Röntgenstr*, Jg. 184, 1118-1125.

Naegler, H. (2002): *Controlling als wesentliches Managementinstrument*. In: M. Haubrock & W. Schär (Hrsg.), *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern: Hans Huber.

Schär, W. (2002): *Personalmanagement*. In: M. Haubrock & W. Schär (Hrsg.), *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern: Hans Huber.

Seghezzi, H. D. (1993): *Konzepte, Strategien und Systeme qualitätsorientierter Unternehmen*. In: H. D. Seghezzi & J. R. Hansen (Hrsg.), *Qualitätsstrategien: Anforderungen an das Management der Zukunft*, 1-46, München: Hanser.

Sprenger, R. K. (2000): *Aufstand des Individuums. Warum wir Führung komplett neu denken müssen*. Frankfurt: Campus.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Strauss, B. (2005): Kundenbindung durch Beschwerdemanagement. In: M. Bruhn & Ch. Homburg (Hrsg.), Handbuch Kundenbindungsmanagement. Strategien und Instrumente für ein erfolgreiches CRM, 5. Aufl., Wiesbaden: Gabler.

Winkelmann, C. (2011): Vier Wege, ein Ziel. Managementtechniken. In: praxisprofi, H. 4, 6-9.

Winkelmann, C. (2019a): Die ABC-Analyse: Zur Diagnoseerhebung eines Unternehmens. In: Thera-Biz, H. 6, 14-16.

Winkelmann, C. (2019b): Wann hat die Unterwasserdruckstrahlmassage ausgedient?. In: pt-Erfolg, H. 4, 10-11.

Winkelmann, C. (2019c): Lebenszyklus und Personalentwicklung - Teil 1. In: pt_Erfolg, H. 5, 12-14.

Winkelmann, C. (2019d): Lebenszyklus und Personalentwicklung - Teil 2. In: pt_Erfolg, H. 3, 12-13.

Winkelmann, C. (2019e): Controlling für das Praxisunternehmen. In: Thera-Biz, H. 6, 46-48.

Winkelmann, C., Aigner, B., Renner, E. & Schlund, M. (2013): SWOT – Eine Möglichkeit, Zusammenarbeit zu analysieren. In: physiopraxis, Jg. 11, H. 11-12, 50-55.

Winkelmann, C. & Suppes, K.-D. (2012): Personalentwicklung Kompetenzen und Talente entdecken, entwickeln und halten. In: Z. f. Physiotherapeuten, Jg. 64, H. 9, 70-74.

Winkelmann, C. & Suppes, K.-D., E. (2013): Personalbedarfsberechnung in der stationären Physiotherapie. Zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: Z f Physiotherapeuten, Jg. 65, H. 12, 62-66.

Modul B6: Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft

Internetquellen

Baumann, B., Diller, W. & Reehe, H. (1997): Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus,

<http://www.bkpv.de/ver/pdf/gb1997/reehe.pdf>

Zugriff: 2019_07_04.

b-wise GmbH (o. J.):

<https://www.business-wissen.de/hb/die-phasen-im-produktlebenszyklus/>

Zugriff: 2019_06_30.

Krankenhaus Spremberg (o. J.):

<https://krankenhaus-spremberg.de/media/unser-krankenhaus/hinweisschilder-krankenhaus-spremberg.jpg>

Zugriff: 2019_12_29.

Verzeichnis der Rechtsverordnungen

SGB V (Das Fünfte Sozialgesetzbuch) – Gesetzliche Krankenversicherung – Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482, das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul C1:
Lernen im digitalen Zeitalter

Impressum

Modulentwicklung:

Katrin Schulenburg M.A.

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



Definition



Tip



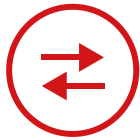
Information



Podcast



Video



Austausch

Querverweis
Externer Link

Inhaltsverzeichnis

1. Willkommen	5
2. Überblick und Lernziele	6
3. Lernen	7
3.1 Verständnis vom Lernen	7
3.2 Lerntypen und Lernstile	10
3.2.1 Lernstil nach Kolb	11
3.2.2 Lernstil nach Felder	14
3.2.3 Weitere Einflüsse auf das Lernen	15
3.3 Lernmotivation	16
3.4 Lerntechniken	17
3.4.1 Lesen	18
3.4.2 Brainstorming	22
3.4.3 Karteikarten- Methode	22
3.4.4 Mindmap	23
3.4.5 Richtig Mitschreiben	24
4. Lernen mit digitalen Medien	25
4.1 Lernunterstützende Medien	25
4.2 Netiquette	30
5. Lerntheorien	31
5.1 Behaviorismus	32
5.1.1 Klassisches Konditionieren	32
5.1.2 Operantes Konditionieren	35
5.2 Kognitivismus	40

5.2.1	Lernen am Modell	41
5.2.2	Lernen durch Einsicht.....	43
5.3	Konstruktivismus.....	45
5.4	Exkurs: Konnektivismus.....	45
6.	Lehren	47
6.1	Didaktik und Methodik.....	48
6.2	Planung von Bildungsangeboten.....	49
6.2.1	Bildungsproblem/-anliegen.....	50
6.2.2	Zielgruppe.....	52
6.2.3	Lehr/Lernziele	54
6.2.4	Didaktische Methoden.....	58
6.2.4.1	Exposition.....	58
6.2.4.2	Exploration.....	59
6.2.4.3	Problemorientiertes Lernen	60
6.2.5	Medienauswahl.....	61
6.2.6	Lernorganisation.....	62
7.	Literaturverzeichnis	65

1. Willkommen

Liebe Studierende,

das Modul „Lernen im digitalen Zeitalter“ beinhaltet zwei Themengebiete, mit denen Sie sich die nächsten Wochen beschäftigen werden.

Zum einen lernen Sie die Grundlagen des menschlichen Lernens kennen. Sie werden sich mit Lernprozessen, -theorien und -methoden auseinandersetzen und Gelegenheit bekommen, Ihr eigenes Lernen zu reflektieren. Nach Abschluss des Moduls haben Sie eine Vorstellung davon, wie Menschen gut lernen und wie Sie diese Lernprozesse fördern können.

Der zweite Themenbereich dieses Moduls behandelt den Erwerb von Medienkompetenzen, welche Sie benötigen, um ihr Studium erfolgreich zu absolvieren. Sie erhalten Einführungen in die von der Hochschule bereitgestellte Lernplattform Moodle, das Konferenzsystem Adobe Connect sowie weitere Programme. Darüber hinaus lernen Sie, Medien für Ihre eigenen Lernprozesse zu verwenden und gezielt einzusetzen.

2. Überblick und Lernziele

Lernziele Modul C1

Die Studierenden...

...beschreiben unterschiedliche Lerntypen und Lernprozesse/-techniken.

... wenden verschiedene Lernmethoden und -techniken für ihre Lernprozesse an und reflektieren diese.

... kennen die Möglichkeiten und Grenzen digitaler Medien für Lernprozesse.

... schätzen ihre eigene Medienkompetenz ein und entwickeln sie weiter.

... haben Kenntnisse über den Umgang und Anwendung eines Lernmanagementsystems für eigene Lernprozesse.

... wählen für Gruppenarbeitsprozesse Konferenzsysteme aus und wenden sie an.

... wählen digitale Medien für das selbstgesteuerte Lernen und Gruppenarbeitsprozesse aus und bewerten sie.

... steuern Gruppenarbeitsprozesse innerhalb ihrer Lerngruppen.

... analysieren und reflektieren eigene Lernprozesse auf Basis neuropsychologischer Erkenntnisse.

... wenden Verhaltensregeln in der Online-Kommunikation an.

3. Lernen

Lernen gehört als Teil der menschlichen Entwicklung zum Leben dazu. Praktisch ab der Geburt lernen wir jeden Tag etwas Neues dazu und entwickeln uns somit stetig weiter. Doch wie lernen Menschen eigentlich? Der Mensch ist kein Computer, den man mit Daten füttert und der sie anschließend alle wiedergeben kann. Ebenso gibt es die Vorstellung, dass bspw. Dinge nur oft genug geübt werden müssen, damit man sie behält oder umsetzen kann. Jeder Mensch hat schon einmal Wissen und Fertigkeiten erworben und diese im Laufe der Zeit wieder vergessen, weil dieses Wissen und diese Fertigkeiten nicht angewendet bzw. abgerufen wurden. Lernen hat demnach auch etwas mit unserem Gedächtnis zu tun und wie wir Wissen wieder abrufen können. Ebenso sind Lernprozesse bei jedem Menschen unterschiedlich. Die Vorstellungen, die Theorien und das Verständnis vom Lernen haben sich auch im Laufe der Zeit verändert. Näheres dazu werden wir nun in den folgenden Kapiteln beleuchten.

3.1 Verständnis vom Lernen

In Verbindung mit Lernen wird oft der Aufbau von kognitiven Wissen verstanden. Eine veraltete Vorstellung davon, wie Lernen funktioniert, ist der Nürnberger Trichter (s. Abbildung). Diese aus dem 19. Jahrhundert stammende Vorstellung zeigt, dass man der/dem Lernenden nur das Wissen „eintrichtern“ muss, damit Lernen erfolgreich ist. Im Hintergrund des Bildes ist die Schrift „Erst dumm und blöde, jetzt klug wie Göthe, das hat vollbracht des Trichters Macht“ zu sehen. Die Sicht auf die/ den Lernenden ist sehr negativ und abwertend dargestellt. Es wird davon ausgegangen, dass eine lernende Person zunächst „dumm“ ist und erst durch die/ den Lehrenden zu Erkenntnissen gelangen kann. Wichtig bei dieser Vorstellung ist auch die



Abbildung 1 Nürnberger Trichter, abgerufen von: http://www.ruhr-uni-bochum.de/lidi/Downloads/rvl_du_heute/rvldueut_e210607_Lehrenundler-nenimDU.pdf

Perspektive, dass die/ der Lehrende entscheidet, welche Inhalte für die/den Lernenden wichtig sind (o. Autor 2016).

Im Laufe der Zeit hat sich das Bild vom Lernen gewandelt. Die Bildungsforschung betrachtet Lernen mittlerweile auf verschiedenen Ebenen und hat dazu Theorien und verschiedene Definitionen erarbeitet, was Lernen ist.



Definition:

„Unter Lernen versteht man in der Psychologie in der Regel den absichtlichen oder den beiläufigen, individuellen oder kollektiven Erwerb von geistigen, körperlichen, sozialen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. In der lernpsychologischen Perspektive wird Lernen demnach als Prozess der relativ stabilen Veränderung des Verhaltens, Denkens oder Fühlens auf Grund von Erfahrung oder neu gewonnenen Einsichten aufgefasst“ (Stangl, 2018).

Nach dieser Definition hat Lernen immer etwas mit Erfahrungen oder Einsichten zu tun, die den Menschen dazu veranlassen, sich weiterzuentwickeln. Der Lernprozess ist dabei nicht immer gesteuert oder aktiv vom Individuum initiiert. Lernen kann also auch „nebenbei“ geschehen, bspw. erzählt ein/ eine Kolleg_in im Gespräch etwas über eine neue Behandlungsmethode oder ich probiere erfolgreich ein neues Kochrezept aus und erweitere so meine Kochkünste.



e-tivity 1

Recherchieren Sie nach weiteren wissenschaftlichen Definitionen von Lernen und schreiben Sie diese mit der dazu gehörigen Quellenangabe in das Etherpad in Ihrem Moodle-Kurs.

Prinzipiell kann die Aneignung von Wissen auf zwei Arten beschrieben werden, nämlich induktiv und deduktiv.

Beim *induktiven Lernen* (Lernen von Allgemeinem aus dem Speziellen) werden der/ dem Lernenden viele einzelne Fälle bzw. Inhalte vorgelegt.

Unbewusst filtert bzw. vergleicht die/ der Lernende die Einzelfälle auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Auf dieser Basis abstrahiert sie/ er einen neuen Inhalt. Rückschlüsse dieser Art sind eigentlich nicht zulässig, da die Gefahr der Verallgemeinerung auf Basis von Einzelfällen besteht. Beispiel: Der Clownfisch braucht Sauerstoff. Der Clownfisch ist ein Fisch. Fische brauchen Sauerstoff.

Beim *deduktiven Lernen* (Lernen des Speziellen aus dem Allgemeinen) wendet die/ der Lernende allgemeingültige Inhalte auf Einzelfälle an. Lernende analysieren die Verallgemeinerung und übertragen sie auf ähnliche Fälle.

Beispiel: Fische brauchen Sauerstoff. Der Clownfisch ist ein Fisch. Der Clownfisch braucht Sauerstoff.

Auch kann der Kontext, in dem gelernt wird, auf drei Arten (formales, nichtformales und informelles Lernen) unterschieden werden (e-teaching.org 2006, S. 2):

Formales Lernen

Lernen, das üblicherweise in einer Bildungs- oder Ausbildungseinrichtung stattfindet, (in Bezug auf Lernziele, Lernzeit oder Lernförderung) strukturiert ist und zur Zertifizierung führt. Formales Lernen ist aus der Sicht der Lernenden zielgerichtet.

Nichtformales Lernen

Lernen, das nicht in Bildungs- oder Berufsbildungseinrichtungen stattfindet und üblicherweise nicht zur Zertifizierung führt. Gleichwohl ist es systematisch (in Bezug auf Lernziele, Lerndauer und Lernmittel). Aus Sicht der Lernenden ist es zielgerichtet.

Informelles Lernen

Lernen, das im Alltag, am Arbeitsplatz, im Familienkreis oder in der Freizeit stattfindet. Es ist (in Bezug auf Lernziele, Lernzeit oder Lernförderung) nicht strukturiert und führt üblicherweise nicht zur Zertifizierung. Informelles Lernen kann zielgerichtet sein, ist jedoch in den meisten Fällen nichtintentional (oder inzidentell/ beiläufig) (zitiert nach Europäische Kommission in e-teaching.org 2006, S.2).

3.2 Lerntypen und Lernstile

Um Informationen und Wissen zu verarbeiten, hat jeder Mensch im Laufe seines Lebens einen eigenen Lernstil entwickelt. Häufig wird in verschiedenen Situationen zunächst die gleiche oder eine ähnliche Lernstrategie angewendet.

In der Vergangenheit wurde von unterschiedlichen Lerntypen gesprochen; zu nennen sind hier der visuelle, auditive und motorische Lerntyp. Es wurde davon ausgegangen, dass Menschen je nach Typ bspw. besser über das Hören, Sehen oder die praktische Ausführen lernen können. Diese nicht wissenschaftlich fundierten Modelle berücksichtigen jedoch ausschließlich die Wahrnehmungskanäle und vernachlässigen bspw. die kognitive Verarbeitung von Informationen. Außerdem wurde davon ausgegangen, dass der bevorzugte Wahrnehmungskanal angeboren ist, was als Konsequenz bedeutete, dass Lernende von Geburt an auf ihren bevorzugten Wahrnehmungskanal festgelegt waren (Stangl, 2005; Looß 2001). Lerntypen werden mittlerweile als Mythos der Lernforschung betrachtet. Wissenschaftlicher wie Pashler et al. (2008) konnten nachweisen, dass die meisten bisherigen Studien hierzu den wissenschaftlichen Standards nicht standhalten können und damit keine Aussagekraft haben.

Die moderne Lernpsychologie spricht heute von unterschiedlichen Lernstilen. Diese sind ein Produkt des Lernens und können sich verändern und weiterentwickeln. Ein Lernstil, der in der frühen Kindheit hilfreich war, kann sich im Laufe der Zeit verändern. Auch passt nicht immer jeder Lernstil zu jeder Lernsituation. Lernende, die bspw. stark an Frontalunterricht in der Schule gewöhnt sind, werden mit offenen Methoden und selbstständigen Lernen möglicherweise zunächst größere Schwierigkeiten haben.

3.2.1 Lernstil nach Kolb

David Kolb (1985) geht davon aus, dass Lernen in einem vierstufigen Zyklus geschieht.

1. Stufe:

Hier werden zunächst *konkrete Erfahrungen* gesammelt. Die/ der Lernende sollte offen dafür sein und sich ohne Vorurteile dem Gegenstand nähern.

2. Stufe:

Darauf folgt die genauere *Beobachtung und Reflektion* des Lerngegenstandes, welcher auch aus verschiedenen Perspektiven betrachtet wird.

3. Stufe:

Hier folgt die *abstrakte Begriffsbildung*, welche zu einem theoretischen Erklärungsansatz führt. Der Wissensgegenstand wird fassbar und der/ dem Lernenden gelingt ein Abstraktionsniveau.

4. Stufe:

Die zuvor entwickelte Theorie wird *durch aktives Experimentieren* getestet.

Durch das aktive Experimentieren entstehen dann neue Erfahrungen, womit der Zyklus von vorne beginnt.

Basierend auf diesem Zyklus von Lernen unterscheidet Kolb vier verschiedene Lernstile. Die Lernstufen bilden dabei die gegensätzlichen Pole eines zweidimensionalen Koordinatensystems (vgl. Abbildung).

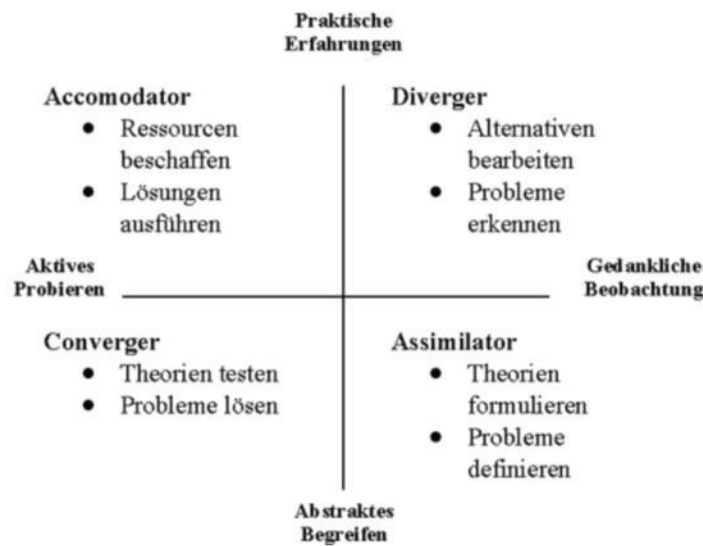


Abbildung 2 Lernstile nach Kolb (Quelle: <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/LERNEN/LernstileKolb.shtml>)

Die y-Achse mit den Polen „konkrete Erfahrungen und abstrakte Begriffsbildung“ stellt dar, wie Lernende Lerninhalte sammeln. Dem gegenüber stellt die x-Achse mit den Polen „aktives Probieren und gedankliche Beobachtung“ die Verarbeitung von Lerninhalten dar.

Kolb unterscheidet zwischen vier verschiedenen Lernstilen. Diese platziert er innerhalb der Achsen des Koordinatensystems:

Divergierer_innen („*Entdecker_innen*“) befinden sich zwischen den Achsen „konkrete Erfahrungen“ und „reflektierte Beobachtungen“. Sie verfügen über eine starke Vorstellungskraft und sind eher schöpferisch tätig. Darüber hinaus sind sie in der Lage, Situationen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und miteinander zu vergleichen.

In Gruppen arbeiten „*Entdecker_innen*“ am besten

- indem sie die Erfahrungen machen und die anderen dabei beobachten können, wie diese Erfahrungen machen,
- wenn ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um die gesammelten Eindrücke zu verarbeiten und
- mit verschiedenen Meinungen und Standpunkten, die sie miteinander vergleichen können.

Assimilierer_innen („Denker_innen“) befinden sich im Koordinatensystem zwischen „abstrakter Begriffsbildung“ und „reflektierter Beobachtung“. Daher ist ihre große Stärke die Erzeugung und Bildung von theoretischen Modellen. Ihr Interesse gilt abstrakten Modellen und weniger der praktischen Anwendung. Daher neigen sie zu induktiven Schlussfolgerungen.

In Gruppen arbeiten „Denker_innen“ am besten

- bei Aufgaben, die Teil eines Systems, Modells oder einer Theorie sind,
- in strukturierten Situationen mit klaren Zielen,
- wenn Zusammenhänge zwischen Ideen, Ereignissen und Situationen hergestellt werden können oder
- wenn Warum-Fragen über Logik und Sinn einer Aufgabe gestellt werden.

Konvergierer_innen („Entscheider_innen“) sind im Koordinatensystem zwischen der „abstrakten Begriffsbildung“ und dem „aktiven Experimentieren“ angeordnet. Daher liegt ihre Stärke in der Erprobung von Ideen in der Praxis. Sie neigen zu deduktiven Schlussfolgerungen und erproben Theorien und Modelle gerne in Praxis.

In Gruppen arbeiten „Entscheider_innen“ am besten

- wenn eine Theorie in die Praxis umgesetzt und getestet werden kann,
- wenn ein Zusammenhang zwischen der Aufgabe und einem Problem in der Praxis besteht oder
- wenn Techniken vermittelt werden, die ein praktisches Resultat haben.

Akkomodierer_innen („Macher_innen“) sind im Koordinatensystem zwischen der „konkreten Erfahrung“ und dem „aktiven Experimentieren“ angeordnet. So liegt ihre Stärke in der Umsetzung. Durch Methoden wie „Versuch und Irrtum“ neigen sie zu intuitiven Problemlösungen. Die Entwicklung oder Anwendung von Theorien ist ihnen eher fern.

In Gruppen arbeiten „Macher_innen“ am besten

- anhand spannender und herausfordernder Aufgaben, die die Rivalität fördern,

- wenn die Aufgabe kreativ gelöst werden kann und Arbeitsnormen möglich sind, die die Aktivität fördern oder
- wenn sie ab und zu im Mittelpunkt stehen und Leitungsfunktionen übernehmen können.



Bitte sehen sie sich das 3-minütige Video zur [Zusammenfassung von Kolbs Lernstilen an](#)

3.2.2 Lernstil nach Felder

Richard M. Felder (o.J.) entwickelte ebenfalls ein Modell, in dem er vier verschiedene Arten des Lernens unterscheidet.

Aktive und Reflektive Lerner_innen:

Aktive Lerner_innen möchten Informationen am liebsten aktiv verwenden, indem sie bspw. gerne darüber diskutieren, Inhalte erklären, etc. Sie sind tendentiell eher die „Praktiker_innen“. Sie arbeiten aktiv, gerne auch im Austausch mit anderen. Auf diese Weise verarbeiten sie Informationen und generieren daraus Wissen. Das Motto einer aktiven Lernerin/ eines aktiven Lerners könnte sein: „Lasst es uns probieren und sehen, wie es funktioniert.“

Die reflektierte Lernerin/ der reflektive Lerner hingegen arbeitet lieber für sich und durchdringt den Lerngegenstand eigenständig, sie/ er ist also eher ein_e „Theoretiker_in“. Sie/er benötigt Zeit und Gelegenheit zum Nachdenken und bevorzugt Zusammenfassungen. Das Motto eines reflektiven Lerners könnte sein: „Lasst es uns erst durchdenken.“

Sensorische und intuitive Lerner_innen:

Die sensorische Lernerin/ der sensorische Lerner führt gerne Experimente durch und arbeitet an Beispielen. Dadurch beobachtet sie/ er, nimmt Dinge besser wahr und sammelt Fakten. Insbesondere mit Details setzt sie/ er sich gerne auseinander.

Hingegen bevorzugt die intuitive Lernerin/ der intuitive Lerner lieber Theorien und Modelle. Wie die Bezeichnung schon rückschließen lässt, verlässt sich die intuitive Lernerin/ der intuitive Lerner stark auf ihre/ seine unbewusste Wahrnehmung. Die Arbeitsweise ist schneller als bei der sensorischen Lernerin/ bei dem sensorischen Lerner, dafür interessieren sie/ ihn weniger Details. Dafür wird alles Komplizierte und Komplexe positiv aufgenommen.

Sequentielle und globale Lerner_innen

Die sequentiell Lernenden zeichnen sich durch kontinuierliches Lernen aus. Sie bauen ihre Lerninhalte linear in einer logischen Reihenfolge auf und bearbeiten diese. Die Denkweise ist stark zielgerichtet und analytisch.

Die/ der global Lernende hingegen kennzeichnet sich durch „Phasen“-Lernen. Sie/ er kann komplexe Sachverhalte sehr schnell neu zusammensetzen sobald sie/ er den Wissensgegenstand verstanden hat, kann jedoch nicht erklären wie sie/ er zu der Lösung gekommen ist.

Visuelle und verbale Lerner_innen

Visuelle und verbale Lerner_innen erinnern sich am besten an das Wissen, welches sie über ihre Wahrnehmungskanäle durch hören und sehen gelernt haben. So präferieren visuelle Lerner_innen Bilder, Tabellen, Schaubilder etc. Es hilft ihnen Wissen und Inhalte zu visualisieren.

Verbale Lerner_innen bevorzugen schrittliche oder gesprochene Erklärungen. Diese Lerner_innen arbeiten gerne mit von ihnen erstellten Zusammenfassungen.

3.2.3 Weitere Einflüsse auf das Lernen

Unser Gehirn verarbeitet Informationen durch elektrische Impulse (Hirnstromwellen). Diese haben Einfluss auf unsere Lernleistungen. In bestimmten Frequenzbereichen fällt uns das Lernen einfacher. So zeigt

sich, dass die Lernleistung in entspannten Zustand häufig größer ist, als unter Stress. Diese Entspannung kann bspw. mittels Atemübungen, Pausen, aber auch kleineren sportlichen Aktivitäten etc. unterstützt werden (Becker 2009). Auch der Einfluss der Lernumgebung kann individuell sehr unterschiedlich sein. Bei starker Ablenkbarkeit ist das Café als Lernort möglicherweise hinderlich für das Lernen und ein ruhiger Ort würde sich lernfördernd auswirken, für kreative Lernprozesse kann sich eine anregende Umgebung möglicherweise positiv auswirken.



e-tivity 2

Reflektieren Sie Ihr eigenes Lernverhalten, welches Sie bspw. in Ihrer Ausbildung oder im Berufsleben angewendet haben. Was waren unterstützende Faktoren und was waren eher hemmende Faktoren? Schreiben Sie hier zu bitte einen Foreneintrag.

3.3 Lernmotivation

Die Lernforschung zur Motivation unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Formen von Motivation – die intrinsische und der extrinsischen Motivation.

Die intrinsische Motivation ist die Motivation die aus einer Person selbst kommt. Das Handeln ist durch Selbstbestimmung des Individuums geprägt. Kennzeichnung von intrinsischer Motivation können Neugier, Interesse, Lust etc. sein.

Die extrinsische Motivation ist beeinflusst durch Faktoren von außen. Diese können sowohl positiv (Belohnungen) sein als auch durch Angst vor negativen Faktoren (Bestrafungen) geprägt. So können Individuen bspw. von einem guten Abschluss, besseren Karrierechancen, aber auch durch Druck von Freunden oder Vorgesetzten motiviert sein. Neben materieller Anerkennung kann auch die soziale Anerkennung (Ruhm) eine Rolle spielen.

Beide Formen der Lernmotivation kommen bei jeder/ jedem Lernenden vor. Für Lernprozesse ist es wichtig, dass die extrinsische Motivation die intrinsische Motivation nicht vollkommen überdeckt. Die Motivation zum

Lernen und am Lerngegenstand sollte vom Lernenden ausgehen, extrinsische Faktoren können dieses zusätzlich positiv beeinflussen. Hingegen können allein extrinsische Motivationsfaktoren den Lernprozess erschweren, wenn kein Interesse am Lerngegenstand besteht.



Bitte lesen Sie verpflichtend folgenden Text:

[Schlag B. \(2013\) Intrinsische und extrinsische Motivation. In: Lern- und Leistungsmotivation. \(S.21-26\) Springer VS, Wiesbaden](#)



e-tivity 3

Erstellen Sie eine Mindmap zu Ihrer persönlichen Studienmotivation. Unterscheiden Sie zwischen intrinsischen und extrinsischen Motivationsfaktoren. Zur Erstellung können Sie bspw. Powerpoint als Programm verwenden. Laden Sie anschließend Ihr Ergebnis als PDF auf der Lernplattform hoch.

3.4 Lerntechniken

Der Einsatz von Lerntechniken unterstützt Lernende in ihrem Lernprozess. Im Laufe der Zeit hat ein Mensch unterschiedliche Lerntechniken entwickelt, um sich Wissen und Inhalte anzueignen und wird diese auch weiterentwickeln.

Kognitive Lernstrategien

Kognitive Lernstrategien dienen dazu, sich Wissen und Fakten anzueignen und für sich begreifbar zu machen. Dazu gibt es auf der kognitiven Ebene drei unterschiedliche Strategien, die alle zu jederzeit des Lernens von den Lernenden genutzt werden können.

- Wiederholungsstrategien

Diese zielen insbesondere auf das Einprägen von Fakten und Wissen durch stetige Wiederholung der Lerninhalte.

- Organisationsstrategien

Inhalte werden auf das Wesentliche reduziert und lassen sich so einfacher lernen.

- Elaborationstrategien

Neues Wissen wird mit bereits bestehendem Vorwissen verknüpft.

Metakognitive Lernstrategien

Metakognition beschreibt die Fähigkeit, über das eigene Denken nachzudenken und selbstgesteuert den Lernprozess durchzuführen. Die metakognitive Lernstrategie setzt Formen der kognitiven Lernstrategie gezielt und reflektiert ein. Metakognitive Lernstrategien implizieren zusätzlich eine Planungs-, Überwachung- und Regulierungskomponente.

Zunächst ist die/ der Lernende in der Lage, die Lernphasen bzgl. der Inhalte, der zu veranschlagenden Zeit sowie der konkreten Vorgehensweise zu planen.

In der Überwachungsphase gleicht die/ der Lernende den bereits erreichten Lernfortschritt mit dem selbstgelegten Ziel und der dafür benötigten Zeit ab. Darüber hinaus prüft die/ der Lernende auf verschiedenen Arten, ob der Lerninhalt wirklich verstanden wurde. Dazu transferiert die/ der Lernende den Lerninhalt selbstständig und auch auf andere Anwendungsbereiche.

Eine dritte Phase beinhaltet die Regulierungskomponente. Hierbei wird die Lerntechnik von der/ dem Lernenden an den jeweiligen Lerninhalt angepasst bzw. verändert.

Im Folgenden werden verschiedene Techniken beschrieben, die für ein Studium nützlich sein können.

3.4.1 Lesen

Der Erwerb von Wissen durch Lesen ist eine wichtige Kompetenz im Studium. Es kann sich lohnen, diese zu optimieren. Seit unserer Kindheit

lesen wir Texte in verschiedenen Komplexitätsstufen. Eine bessere Lesetechnik¹ kann das Studium durchaus erleichtern.

Bevor im Folgenden die einzelnen Lesetechniken beschrieben werden, sei die Vorbereitung zum Lesen betont. So können Schriftarten, -größen, sinnvolle Gliederung des Texts und die Qualität des Druckes das Lesen erleichtern. Weiterhin ist eine richtige Beleuchtung sinnvoll und Lichtreflexe sollten vermieden werden. Auch die Körperhaltung trägt zur Konzentration beim Lesen bei. Nackenverspannung und weitere Rückenprobleme können rasch auftreten, wenn eine ungeeignete Leseposition eingenommen wird, bspw. das Buch auf dem Schreibtisch liegt und man darüber gebeugt liest. Daher ist es zu empfehlen, beim Lesen gerade zu sitzen oder auch zu stehen. Der richtige Abstand zum Text sollte ca. 30 cm betragen.

Nicht für das Lesen, sondern generell fürs Lernen sollten Ablenkungen vermieden werden. Akustische oder optische Ablenkungen sollten ausgeschaltet oder stumm gestellt werden.

Ebenso entscheidend wie für das Lernen allgemein ist die Motivation zum Lesen. Daher sollten Leser_innen auch Pausen einplanen und sich ggf. nach Bearbeitung eines schwierigen Textes eine Belohnung gönnen. In manchen Fällen macht es Sinn, auch nach Alternativtexten zu recherchieren, wenn man bspw. nicht mit dem Schreibstil der Autorin/ des Autors zurechtkommt.

Generell gilt beim Lesen insbesondere von längeren wissenschaftlichen Texten:

- Was will ich erfahren?
- Wie lang ist der Text?
- Was weiß ich zu dem Thema schon?
- Interessiert mich alles oder nur Auszüge?

Zur Bearbeitung von Texten gibt es mehrere Möglichkeiten, die u.a. mit der jeweiligen Zielsetzung zusammenhängen. Mit folgenden Zugangsmethoden kann man sich einem Text nähern:

1. Den groben Inhalt des Textes erfassen (orientierendes Lesen).
2. Wichtige Informationen schnell finden (extensives Lesen).

¹ Alle Techniken stammen aus dem Dokument der Allgemeinen Studienberatung 2012 der UDE

https://moodle.uni-due.de/pluginfile.php/83453/mod_resource/content/1/Lesen.pdf

Letzte Aktualisierung: 01.07.2020, Bearbeiter/in: Katrin Schulenburg

3. Text durchdringen (intensives Lesen).

1. Groben Inhalt des Textes erfassen (orientierendes Lesen)

Insbesondere bei wissenschaftlichen Texten möchte die/ der Leser_in schnell herausfinden, ob der Text die gewünschten Informationen überhaupt beinhaltet. Verschiedene Techniken ermöglichen dieses.

Skimmen / Überfliegen

Der Text wird als solches noch gar nicht gelesen, lediglich einzelne Wörter und insbesondere Bilder werden wahrgenommen und bewertet. Der Inhalt wird noch nicht wirklich erfasst, aber es lässt sich eine erste Bewertung vornehmen, ob der Text relevant ist.

Scannen

Die Augen „scannen“ den Text gezielt nach speziellen Informationen. Gelesen werden nur interessante Informationen, die tiefe Erfassung des Textes findet allerdings nicht statt.

Diagonal lesen

Im Gegensatz zum Scannen werden ausgewählte Bereiche gelesen. Insbesondere häufig der erste Satz eines Absatzes, markierte Stellen, Schlussfolgerungen, Überschriften etc. Die/ der Leser_in bekommt einen guten Überblick über den Text, allerdings zu Lasten der Detailgenauigkeit.

2. Wichtige Informationen schnell finden (extensives Lesen)

Diese Methoden helfen Leser_innen dabei, wichtige Informationen aus einem Text herauszufiltern, ohne dabei alles zu lesen. Sie bieten darüber hinaus eine gute Orientierung bei großen Informationsmengen (bspw. Studien).

Punktuelles Lesen

Bei dieser Methode wird der Text nur teilweise gelesen. Wichtige Abschnitte werden ausgewählt, gründlich gelesen und in Zusammenhang gesetzt.

Rhetorisches Lesen

Diese Methode orientiert sich an dem Aufbau des Textes. Die meisten Texte bestehen aus einer Einleitung, Hauptteil und dem Schlussteil. Insbesondere im Schlussteil werden häufig die wesentlichen Aspekte des gesamten Textes nochmal benannt.

Sokratisches Lesen

Wer? Was? Wie? Warum? Wann? Wo?

Gelegentlich benötigt man als Leser_in nur die wesentlichen Informationen. Bei dieser Lesetechnik wird gezielt nach der Beantwortung der W-Fragen gesucht und man kommt zu einem strukturierten Ergebnis.

3. Text durchdringen (intensives Lesen)

Nach der Beschreibung von Methoden, die sich für das relativ schnelle Aneignen von Texten eignen, folgen nun Methoden zur intensiven Durchdringung.

Sequenzielles Lesen

Hierbei wird der Text als Ganzes gelesen und verstanden. Um möglichst wenig doppelt lesen zu müssen, hilft es, langsam zu lesen und sich Notizen zu machen. Diese sollten kurz und knapp gehalten werden.

SQ3R-Methode (Survey, Question, Read, Recite, Review) (vgl. ZSB-Lernwerkstatt o.J.)

Die/ der Leser_in liest bspw. zunächst den Klappentext eines Buches, sichtet das Inhaltsverzeichnis und wählt aus welche Kapitel bzw. ob das ganze Buch gelesen wird (Survey).

Im zweiten Schritt verdeutlicht sich die/ der Leser_in, warum das Buch wichtig ist und was es Ziel zum Ziel hat. Sie/ er formuliert Fragen an den Text, was sie/ er erfahren möchte (Question).

Im Anschluss wird das Buch gründlich gelesen. Dazu sollten Notizen, aber auch Pausen gemacht werden. Die vorher formulierten Fragen sollten für sich beantwortet werden. Es dürfen auch Markierungen im Text gemacht werden, diese sollten jedoch sparsam eingesetzt werden (Read an Recite).

Den Abschluss bildet die Nachbearbeitung des Buches. Nachdem alles gelesen wurde, wird es noch einmal durchgeblättert und die/ der Leser_in formuliert für sich zu den Überschriften Aussagen. Dieses Vorgehen trägt zur stärkeren Verknüpfung des Gelesenen bei. Außerdem sollte überprüft werden, ob alle Fragen beantwortet wurden und alles verstanden wurde.

3.4.2 Brainstorming

Diese Methode hilft Lernenden, eine Übersicht über ein Thema oder einen Inhalt zu erhalten und diese zu strukturieren. Es wird lediglich ein leeres Blatt Papier und ein Stift benötigt.

Im ersten Schritt wird das Thema auf das Papier geschrieben und im Anschluss werden alle Gedanken oder Ideen notiert, die einem dazu einfallen. Es findet noch keine Bewertung der Ideen statt. Die Aufzeichnungen sollten in Stichpunkte gefasst, es sollen keine Sätze formuliert werden.

Nach Abschluss dieser Phase wird eine kurze Pause eingelegt, um Abstand zu den Ergebnissen zu bekommen.

Im nächsten Schritt werden die Aufzeichnungen noch einmal durchgegangen und es wird versucht, eine Struktur in den Ergebnissen zu finden. Anhand der Struktur werden einzelne Ideen geordnet, bewertet und geclustert. Ziel ist es, Oberkategorien zu benennen und Ideen einzusortieren. Auch Ideen, die zunächst absurd erscheinen, sollten weiter dokumentiert bleiben, da sie zu einem späteren Zeitpunkt wieder relevant werden könnten.

Abschließend sollten die geclusterten Ideen ergänzt und weiterentwickelt werden. Unklare Formulierungen sollten durch konkrete ersetzt werden.

3.4.3 Karteikarten- Methode

Auch in einer digitalisierten Zeit haben gängige Lernmethoden noch ihre Berechtigung. So ist die Karteikarten-Methode eine häufig verwendete

Methode zum Lernen - insbesondere in Verbindung mit dem Erlernen einer Fremdsprache. Aber auch im Studium lässt sich diese Methode gut zum Lernen bspw. von Fachbegriffen oder Theorien anwenden. Dafür werden Karteikarten in beliebiger Größe und ein Karteikasten benötigt.

Auf die Vorderseite der Karte wird die Frage/ der Fachbegriff zum jeweiligen Lerninhalt geschrieben und auf die Rückseite die Antwort. Die Fragen sollten offen formuliert sein und nicht bereits Teile der Antwort enthalten. Auf der Seite der Antwort können weiterführende Informationen wie bspw. Buchangaben gemacht werden. Dieses hilft zu einem späteren Zeitpunkt nochmal über die eingetragene Antwort hinaus, in den Ursprungsquellen nachzulesen.

Im Karteikasten werden mindestens drei Abteilungen eingerichtet. Alle Karten kommen zunächst in die erste Abteilung. Nun wird die erste Karte herausgezogen, die Frage gelesen, beantwortet und die Antwort mit der Rückseite verglichen. Ist die Frage richtig beantwortet, kommt die Karte in die zweite Abteilung. Bei falscher oder nicht vollständiger Antwort bleibt die Karte in der ersten Abteilung.

Nun wird dieses Vorgehen solange wiederholt bis keine Karten mehr in der ersten Abteilung sind. Im Anschluss wird mit der zweiten Abteilung nach dem gleichen Schema fortgefahren.

3.4.4 Mindmap

Ein Mindmapping hilft, ähnlich wie beim Brainstorming, sich Inhalten oder Ideen offen zu nähern und diese zu strukturieren. Im Gegensatz zum Brainstorming spielt beim Mindmapping die Visualisierung eine zentrale Rolle.

Hierfür benötigt man zunächst ein Blatt Papier und einen Stift. Das Papier wird quer vor einen gelegt und das Thema wird so präzise wie möglich in die Mitte des Blattes geschrieben. Im Anschluss wird dieses umkreist, damit auch visuell sofort zu erkennen ist, was das Kernthema des Mindmaps ist. Von diesem Kreis abgehend werden nun Linien gezeichnet und beschriftet, diese können bspw. Hauptthemen sein. Von diesen Linien können weitere Unterlinien mit bspw. Unterbegriffen abgehen.

Pro Linie sollte nur ein Begriff verwendet werden, es sollten keine vollständigen Sätze geschrieben werden.

3.4.5 Richtig Mitschreiben

Mitschreiben wichtiger Informationen gehört im Studium dazu und ist daher eine wichtige Kompetenz. Das Mitschreiben ist bereits eine erste Auseinandersetzung mit den Studieninhalten und eine Reduktion des Gehörten auf das Wesentliche. Durch diese Notizen haben Lernende zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit, sich das Gehörte wieder ins Gedächtnis zu rufen. Zudem steigert Mitschreiben die Aufmerksamkeit, da die/ der Lernende aktiv mitdenken muss (Schröder-Naef 1994).

Aufteilung von Notizseiten

Es ist durchaus sinnvoll, vor einer Mitschrift die Notizblätter optisch in drei Kategorien aufzuteilen. Hierzu werden drei unterschiedlich große Quadrate eingezeichnet. Das erste Quadrat ist das größte und nimmt damit auch den meisten Platz ein. Dieses ist für die Vortragsnotizen. Das zweite Quadrat in ein ca. 3-4 cm breiter Streifen am rechten oder linken Rand des Blattes. In diesem werden Anmerkungen oder Fragestellungen zum Vortrag notiert. Das dritte Quadrat ist ein ebenfalls 3-4 cm breiter Streifen am unteren Rand. In diesem können eigene Gedanken oder auch Querverweise notiert werden (Schröder-Naef 1994).

Der strukturelle Aufbau von Vortragsnotizen hilft den Lernenden dabei, zu einem späteren Zeitpunkt Gedankengänge besser nachzuvollziehen.

Mitschriften

Nicht alles sollte mitgeschrieben werden, sondern nur das Wesentliche. Daher ist es wichtig zu lernen, welche Informationen wichtig und welche weniger wichtig sind. Zu wichtigen Informationen können gehören:

- Hauptpunkte und Oberbegriffe
- Grundaussagen
- Stichworte und Schlüsselpunkte zu jedem Hauptpunkt

- Namen, Zahlen, Daten, Fakten
- Wichtige Wörter, Fachausdrücke
- Lernsätze und Regeln

Um schneller und effektiver mitschreiben zu können, ist es ratsam, mit Abkürzungen oder Symbolen zu arbeiten. Diese sollte jede_r für sich klar definiert haben, sodass die eigenen Aufzeichnungen jederzeit nachvollziehbar sind. So können bspw. Ausrufezeichen für wichtige Aspekte benutzt werden oder ein Pfeil für eine Schlussfolgerung (Schröder-Naef 1994).

Die Nachbearbeitung der Notizen sollte noch am selben Tag geschehen, da sich dann das Gesagte am einfachsten rekonstruieren lässt. Hierzu geht die/ der Lehrende noch einmal alle Notizen durch und kennzeichnet wichtige Punkte; sie/ er führt Erklärungen weiter aus, ergänzt einzelne Stichpunkte etc.

4. Lernen mit digitalen Medien

Lernprozesse können gut mit digitalen medienunterstützt werden. Der Lernerfolg wird dadurch zwar nachweislich nicht höher, allerdings kann die Lernmotivation kurzzeitig bei den Lernenden gefördert werden (Kerres 2018). Dazu ermöglichen digitale Medien ein breiteres Spektrum an Lehr- und Lernszenarien. Häufig werden digitale Medien zur Kommunikation, Kollaboration und zur Organisation von Lehren und Lernen eingesetzt.

4.1 Lernunterstützende Medien

Lehrende setzen Medien ein, um die Lernprozesse der Lernenden zu unterstützen. Im Folgenden wird auf drei Systeme eingegangen, die insbesondere für Ihr Hochschulstudium relevant sind. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Tools, die auch von den Lernenden selbst zur Unterstützung ihres Lernprozesses verwendet werden können.

Moodle

Moodle ist eine Wortschöpfung, sie kommt aus dem Englischen und heißt übersetzt „modulare objektorientierte Online-Lernumgebung“. Es handelt sich um eine Software zur Unterstützung von kooperativem Lehren und Lernen. Viele Bildungseinrichtungen nutzen Lernplattformen zur Unterstützung der Lehre.

Am häufigsten wird Moodle für die Organisation von Lernveranstaltungen sowie der Bereitstellung von Lernmaterialien eingesetzt. Darüber hinaus dient Sie auch zum kollaborativen Arbeiten, da durch Tools wie Wikis, Foren oder Etherpads gemeinsam Wissen erarbeitet werden kann. Auch die Kommunikation unter den Lernenden, aber auch mit der/dem Lehrenden, wird durch Tools wie Chats, Foren oder dem privaten Nachrichtensystem unterstützt. Nicht zuletzt können Lernende die Ergebnisse ihrer Lernaufgaben auf Moodle hochladen und erhalten dazu Rückmeldung.

Lernplattformen wie Moodle sind daher ein zentraler Ort, um Lernen außerhalb von Präsenzveranstaltungen zu gestalten (Moodle 2018).

Aufgabe

In Moodle können Aufgaben virtuell eingereicht werden. Diese sind häufig terminiert und es gibt Vorgaben zum Umfang oder des gewünschten Formats. So können Textaufgaben bspw. direkt bei Moodle eingereicht, oder im PDF oder Doc-Format hochgeladen werden. In welchem Format die Einreichung erfolgt, legt die/ der Lehrende fest (Moodle 2018a).

Chat

Der Chat ist ein Medium für die textbasierte synchrone Kommunikation. Für einen Chat benötigt man mindestens zwei Teilnehmende. Chats werden häufig für ungezwungene informelle Unterhaltungen eingesetzt und dienen dem schnellen Austausch zwischen zwei oder mehreren Personen (e-teaching.org 2015a).

Etherpad

Das Etherpad ist ein Medium, welches die kollaborative Erstellung und Bearbeitung von Texten von verschiedenen Orten in Echtzeit erlaubt. In einem gemeinsamen Dokument wird jeder_m Autor_in eine Farbe zugewiesen, sodass jede Textpassage der_dem Autor_in zu zuordnen ist. Viele Etherpads verfügen über eine begleitende Chatfunktion, die den Austausch zwischen den Autoren während des Schreibprozesses erleichtert (e-teaching-org 2018).

Forum

Ein Forum ist ein Kommunikationsmedium für die asynchrone Kommunikation. In diesem können Nachrichten ausgetauscht, Fragen gestellt und Themen diskutiert werden. Innerhalb eines Forums können verschiedene Themen diskutiert werden. Jedes Thema wird über eine Anfangsnachricht (Thread) begonnen, alle darauf folgenden Kommentare werden unter dem Thread in chronologischer Reihenfolge sortiert (e-teaching.org 2015b). Das Forum innerhalb von Moodle ist in der Regel für alle Teilnehmer_innen freigeschaltet und kann von ihnen gelesen und gestaltet werden.

Gegenseitige Beurteilung

Dies ist ein Tool von Moodle, welches die gegenseitige Beurteilung von Arbeitsergebnisse erlaubt. Hierbei laden die Studierenden bis zu einem festen Zeitpunkt ihre Ergebnisse hoch. Nach Ablauf der Frist erhalten sie zur Reflexion oder zum Feedback ein oder zwei Arbeiten ihrer Mitstudierenden. Zum Abschluss hat auch die/ der Lehrende noch die Möglichkeit, eine Rückmeldung zu geben. Das Icon des Tools sind zwei Personen mit einer Sprechblase (moodle 2018b).

Glossar

Das Glossar in Moodle ermöglicht Teilnehmenden, eigenständig Definitionen oder Erklärungen zu Begriffen zu erstellen und zu pflegen. Diese

Begriffe werden bei jedem Erscheinen des definierten Wortes gekennzeichnet und bei Bedarf kann die Definition aufgerufen werden (moodle 2018c).

Wiki

Wikis werden zur kollaborativen Bearbeitung von Inhalten oder bspw. zu Dokumentation von Projekten eingesetzt. Nutzer_innen können jederzeit neue Seiten erstellen oder bestehende Seiten verändern. Zudem besteht die Möglichkeit, über Hyperlinks Seiten miteinander in Verbindung zu setzen (e-teaching.org 2015c). Das bekannteste Wiki ist Wikipedia.

Adobe Connect

Adobe Connect ist ein Konferenzsystem, welches sich für die Gestaltung von virtuellen Klassenzimmern eignet. Aktuell wird Adobe Connect von vielen deutschen Hochschulen insbesondere für die Durchführung von Webinaren, aber auch für Meetings verwendet.

Mittels Adobe Connect können sowohl kleine Veranstaltungen (Webinare) durchgeführt werden, als auch Großveranstaltungen (Vorträge) mit mehreren hundert Personen. Je nach Veranstaltungstyp können die Teilnehmenden sich via Kamera und Mikrofon fast weltweit² dazu schalten.

Insbesondere kleinere Veranstaltungen können durch Interaktionen wie Umfragen, den Einsatz des Whiteboards und Gruppenarbeitsphasen bereichert werden (Adobe Connect 2018).

Mahara

Mahara ist eine Plattform zur Erstellung und Verwaltung von E-Portfolios. Hier können Lernende Dokumente, Bilder, Texte etc. rund um ihre Lerninhalte sammeln (sozusagen als Portfolio nur in digitaler Form). Gleichzeitig können aber Lehrende Mahara als Medium einsetzen, um Lernende gezielt ein E-Portfolio zu spezifischen Lerninhalten erstellen zu lassen.

² Einzelne Länder unterstützen das System nicht.

Das besondere an Mahara, im Gegensatz zu bspw. einer Datencloud, ist der kooperative Gedanke dahinter. So können Inhalte für bestimmte Personen(-gruppen) freigegeben und kommentiert werden (Mahara 2018).

Podcast/ Vodcast

Ein Podcast ist eine Tonaufnahme zu einem bestimmten Thema. Dieses kann innerhalb eines Podcast besprochen oder in mehreren Folgen abgehandelt werden. Die Länge von Podcast variieren je nach Thema. Podcast stehen in der Regel im Internet zum (kostenpflichtigen) Download bereit und können auf mobilen Endgeräten abgehört werden. Mittlerweile gibt es Podcast nicht nur als Audiodatei, sondern auch im Videoformat, welchen dann häufig als Vodcast, abgeleitet von den Begriffen Podcast und Video, zur Verfügung.

Screencast

Ein Screencast ist eine Videoaufnahme bei der Aktivitäten oder Präsentationen am Bildschirm aufgezeichnet werden. Screencast kommen besonders häufig bei der Erklärung von Computerprogrammen vor. Die_Der Zuschauer_in sieht im Video wie die konkrete Anwendung funktioniert und erhält parallel auditiv die Erklärung. Hierbei ist es optional ob die_der Sprecher_in ein Bild von sich selbst (als kleines Fenster am Rande) im Video aufnimmt, da das Programm im Mittelpunkt steht. Screencast können aber auch im Rahmen von Präsentationen aufgenommen werden. Hier erstellt die_der Vortragende im Vorfeld eine Präsentation und nimmt diese mit den dazugehörigen Ausführungen auf.

Präsentation erstellen

Im Studium werden Sie häufig Präsentationen erstellen und diese ggf. auch vertonen. Für die Erstellung von Präsentationen gibt es verschiedene Programme bspw. Powerpoint, Prezi, etc. Egal für welches Tool Sie sich entscheiden, gelten für die Erstellung von Präsentation generell ähnliche Vorgaben. Diese helfen Ihnen die Präsentation zu strukturieren. So sollten Vorgaben zu Größe von Schriftarten, das Einbinden von Bildern, zum Aufbau und Anordnung von Inhalten beachtet werden.



Im Leitfaden der Universität Wuppertal finden Sie alle wichtigen Hinweise

4.2 Netiquette

In der Online-Kommunikation gibt es bestimmte Verhaltensweisen, die ein_e Nutzer_in beachten sollte. Der Umgang mit dem Computer und das häufige Ausbleiben einer sofortigen Reaktion des Gegenübers, lassen oft den Eindruck entstehen, dass das eigene Verhalten keinerlei Konsequenzen hat, da eine vermeintliche Anonymität besteht.

Für den Online-Studiengang werden daher ein paar generelle Regeln zur Kommunikation festgelegt:

- Profile auf der Lernplattform oder zur Lehre eingesetzter Tools wie bspw. Mahara werden erstellt und gepflegt. Diese Seiten sind durch die Hochschule geschützt und nur für authentifizierte Personen einsehbar. Die Profile werden mit Ihrem richtigen Namen verwendet.
- Die Verwendung von Bildern, Videos etc. berücksichtigen die aktuellen Datenschutzlinien und Urheberrechtsbestimmungen. Es dürfen nur Bilder von Personen hochgeladen werden, für die eine Einverständniserklärung schriftlich vorliegt.
- Der Umgang auf Plattformen und in Chats ist höflich und respektvoll. Auch kontroverse Diskussionen bleiben auf einer sachlichen Ebene.
- Vertrauliche Daten, bspw. Patient_innendaten, die im Rahmen von Forschungsmethoden erhoben werden, dürfen nicht auf fremde Server (bspw. Google) gespeichert werden. Wenn Sie sich unsicher sind, sprechen Sie bitte Ihre_n Lehrende_n an.
- Sie werden im Studium viele Daten austauschen müssen. Führen Sie regelmäßig ein Virenschutzprogramm an Ihren Rechnern durch, um sich und andere Mitstudierende zu schützen.
- Arbeiten, Einträge, Videos o.ä. ihrer Mitstudierenden werden nicht von Ihnen im Internet veröffentlicht und nur nach eingeholter Zustimmung weiterverwendet.
- Vom Gebrauch übermäßiger Satzzeichen (!!!!!!!!!) ist abzusehen.
- Achten Sie bitte in Foren, Wikis, und ähnlichem auf Ihre Rechtschreibung und Satzzeichen.

- Wenn Sie in einem Forum einen neuen Thread mit einer Frage erstellen möchten, schauen Sie vorher, ob es vielleicht dazu schon einen Eintrag gibt.
- Spameinträge werden von den Lehrenden ohne Ankündigung gelöscht.
- Schriftsprache ist häufig schwieriger zu interpretieren als direkte Kommunikation, da Gestik und Mimik uns helfen, Gesagtes zu interpretieren. Lesen Sie sich daher Ihre Einträge vorher noch einmal durch und überlegen Sie ob diese verständlich sind. Auf Ironie oder Sarkasmus sollte in der Schriftsprache bspw. in Foren verzichtet werden.
- Nur gängige Abkürzungen sollten in der Schriftsprache verwendet werden. Auf computerspezifische Abkürzungen wie bspw. afk (away from keyboard – weg vom Computer) sollte verzichtet werden.
- In Beratungssitzungen oder Sprechstunden sollte generell eine Kamera benutzt werden, außer Sie haben mit der/dem Lehrenden etwas anderes vereinbart.
- Zu Beginn von Online-Konferenzen ist ein Check zur Funktionalität der Kamera und ggf. des Headsets notwendig. Headsets sollten verwendet werden, wenn die Tonqualität schlecht ist oder störende Hintergrundgeräusche vorhanden sind.

5. Lerntheorien

Im Laufe des vergangenen Jahrhunderts wurden verschiedene Lerntheorien entwickelt. Diese versuchen theoretisch zu beschreiben, wie Lernen funktioniert. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihres Bildes von der/dem Lernenden, wie Bildungsprozesse ablaufen und wie Lernende unterstützt werden können. Zur Validierung der Theorien wurden insbesondere die Theorien des Behaviorismus zunächst an Tieren erprobt um die Erkenntnisse auf das menschliche Lernverhalten zu übertragen.

5.1 Behaviorismus

Der Behaviorismus teilt sich in zwei Lerntheorien, dem klassischen und dem operanten Konditionieren. Beide Lerntheorien haben ein gemeinsames Bild von Lernenden und eine ähnliche Vorstellung wie Lernprozesse ablaufen. So sehen sie den Lernenden als eine Art „Blackbox“ an, in der nicht nachvollziehbar (beobachtbar) ist, wie Lernen funktioniert. Stattdessen erklären Sie Lernen aufgrund beobachtetem Verhalten (engl. behavior) durch Auslösung eines Reizes.

5.1.1 Klassisches Konditionieren

Die Lerntheorie des klassischen Konditionierens wurde begründet durch den russischen Mediziner und Physiologe Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936). Neben seinen wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich der Medizin und Physiologie beschäftigte er sich mit der Verhaltensforschung. Im Rahmen dessen führte er sich weitbekanntes Experiment durch, welches unter dem Namen „Pawlowscher Hund“ bekannt ist. In diesem untersuchte er den Zusammenhang zwischen Reizen, Konditionierung und Reaktionen (Achtergarde et al. 2006).



Ein anfänglich neutraler Stimulus wird mit einem nachfolgenden Reiz, der eine angeborene Reaktion auslöst, gekoppelt. Der neutrale Stimulus wird neu als Hinweisreiz für den nachfolgenden Reiz interpretiert. Durch diese Kopplung kann die angeborene Reaktion nun nicht nur durch den ursprünglichen Reiz, sondern auch durch den ehemals neutralen Stimulus ausgelöst werden (Bodenmann et al. 2004, 47).

Die klassische Konditionierung beginnt mit einer Kontrollphase (vgl. Abbildung). In dieser wird getestet ob auf einen unkonditionierten Reiz/Stimulus (US) auch eine unkonditionierte Reaktion (UR) folgt. In Pawlow Experiment bedeutete dies zu testen, ob die Gabe von Futter (US) einen Speichelfluss (UR) beim Hund auslöst. Weiterhin muss überprüft werden, ob der neutrale Reiz/Stimulus (NS) zwar eine Orientierungsreaktion (OR) auslöst, nicht aber die unkonditionierte Reaktion (UR). Bedeutet beim Schellen der Glocke (NS) reagiert der Hund mit Aufstellen der Ohren

(OR), nicht aber mit Speichelfluss (UR) (Bodenmann et al. 2004, Achtergarde et al. 2006, Gudjohns 2012).

Während der Konditionierungsphase wird zuerst der neutrale Reiz/Stimulus (NS) ausgelöst, dann der unkonditionierte Reiz/Stimulus (US) zugeführt um die unkonditionierte Reaktion (UR) auszulösen. Das Schellen der Glocke (NS), die darauf folgende Futtergabe (US) an den Hund, löst damit den Speichelfluss (UR) aus. Wichtig ist hierbei die zeitliche Nähe zwischen Auslösen dem neutralen Reizes/Stimulus (NS) und des unkonditionierten Reizes/Stimulus (US), damit beim Lernenden eine Verknüpfung entstehen kann (Bodenmann et al. 2004, Achtergarde et al. 2006, Gudjohns 2012).

Nach der erfolgreichen Konditionierung wird der neutrale Reiz/Stimulus (NS) zum konditionierten Reiz/Stimulus (CS) und löst dann eine konditionierte Reaktion (CR) aus. Beim Ertönen der Glocke (CS), tritt der Speichelfluss (CR) auch dann ein, wenn kein Futter gereicht wird (Bodenmann et al. 2004, Achtergarde et al. 2006, Gudjohns 2012).

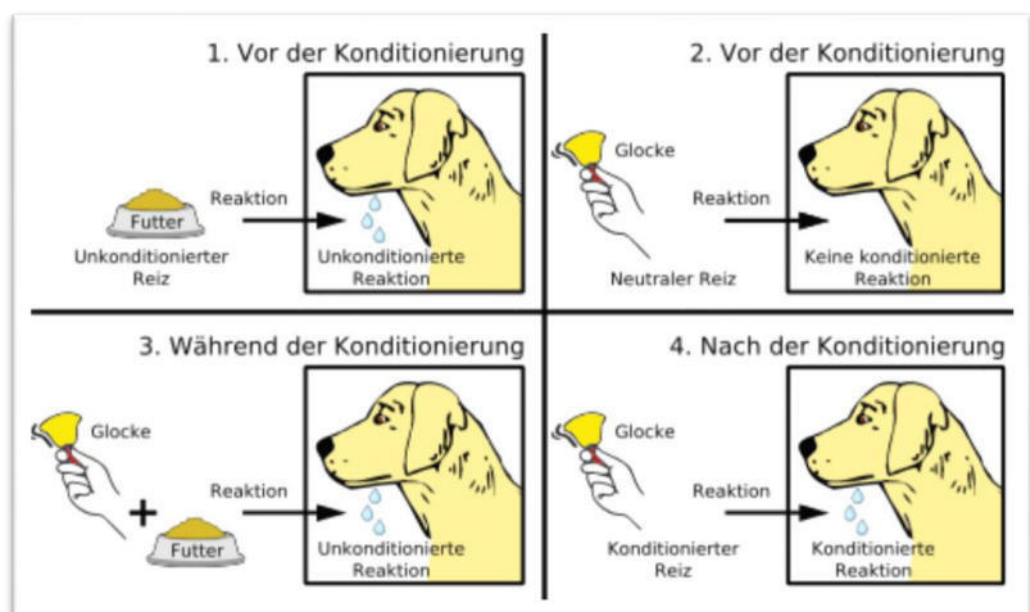


Abbildung 3 Wikipedia, Klassisches Konditionieren 2017

Generalisierung:

Einem dem konditioniertem Reiz (CS) ähnlichen Reiz löst die konditionierte Reaktion (CR) ebenfalls aus. Beispielweise kann ein ähnlich klingender Ton der Glocke den Speichelfluss beim Hund auch auslösen lassen (Bodenmann et al. 2004).

Löschung:

Wird der konditionierte Reiz mehrfach ausgelöst, ohne dass der Stimulus gegeben wird, kommt es zur Löschung der konditionierten Reaktion. Das mehrfache Ertönen der Glocke ohne der Zugabe von Futter wird dazu führen, dass kein Speichelfluss mehr ausgelöst wird (Bodenmann et al. 2004).

Spontanerholung:

Trotz Löschung kann es kurzfristig bei Ertönen des konditionierten Reizes zur konditionierten Reaktion kommen. Nach der Phase der Löschung kann beim Hund das Erklingen der Glocke doch nochmal zum Speichelfluss führen (Bodenmann et al. 2004).



Sehen Sie sich bitte den dazugehörigen Educast auf Ihrer Moodle-Plattform an.

Beispiel für das klassische Konditionieren beim Menschen:

Essenverteilung im Krankenhaus

Die Pflegekraft verteilt jeden Mittag das Essen (unkonditionierter Reiz/Stimulus, US) auf der Krankenstation und klappert dabei mit dem Besteck (neutraler Reiz, NS). Die/ der Patient_in macht sich bereit zum Essen in dem sie/ er sich im Bett aufsetzt (Orientierungsreaktion, OR). Das Essen wird auf einen Tisch gestellt und die/ der Patient_in setzt sich an diesen (unkonditionierte Reaktion, UR).

Die Konditionierungsphase tritt ein, wenn die Pflegekraft jeden Tag mit dem Besteck klappert (NS) und der/ dem Patient_in das Essen (US) bringt und diese sich an den Tisch setzt (UR). Setzt sich die Patient_in unabhängig, ob das Mittagessen kommt an den Tisch (CR), weil sie hört

wie mit Besteck geklappert (CS) wird, war die Konditionierung erfolgreich. Die Generalisierung tritt ein, wenn die/ der Patient_in sich an den Tisch setzt, wenn eine Metallschale klappert. Die Löschung der erlernten Verhaltensweise tritt ein, wenn die Uhrzeit nicht mehr eingehalten wird und das Essen früher oder später gereicht wird.



[Beispiel zur klassischen Konditionierung aus der Medizin: Klinger: Das Potenzial des analgetischen Placeboeffektes. S3-Leitlinien-Empfehlung zur Behandlung akuter und perioperativer Schmerzen](#)



[Kreddig, N., Karimi, Z. \(2013\): Psychologie für Pflege und Gesundheitsmanagement, S. 22-34](#)



e-tivity 4

Überlegen Sie sich ein Beispiel aus ihrem beruflichen Kontext: Woran würden Sie das klassische Konditionieren festmachen? Beschreiben Sie dabei die Reize/Stimuli, Reaktionen und auch wie eine mögliche Generalisierung oder Löschung aussehen kann. Laden Sie ihr anonymisiertes Beispiel in einem Dokument (max. halbe Seite) auf der Lernplattform unter „Gegenseitigen Bewerten“ hoch und kommentieren Sie drei Beispiele ihrer Mitstudierenden.

5.1.2 Operantes Konditionieren

Die Theorie des operanten Konditionierens wurde geprägt von Edward Lee Thorndike, welcher mittels Tierversuchen das Lernen durch Erfolg oder Irrtum untersuchte. Basierend auf dessen Erkenntnisse entwickelte Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) die Theorie des operanten Konditionierens weiter und konzentrierte sich auf verschiedene Verstärkungen als Konsequenz bei auftretenden Verhalten. So entwickelte er die sogenannte „Skinnerbox“. Hierbei handelt es sich um eine Käfigbox, in die eine Ratte hineingesetzt wurde. In der Box befanden sich eine Lampe, ein Hebel, ein Fressnapf und ein elektrisches Bodengitter (s. Abb.) Je

nach Verhalten der Ratte ging das Licht an, sie bekam Futter oder der Strom wurde ab- und angeschaltet.

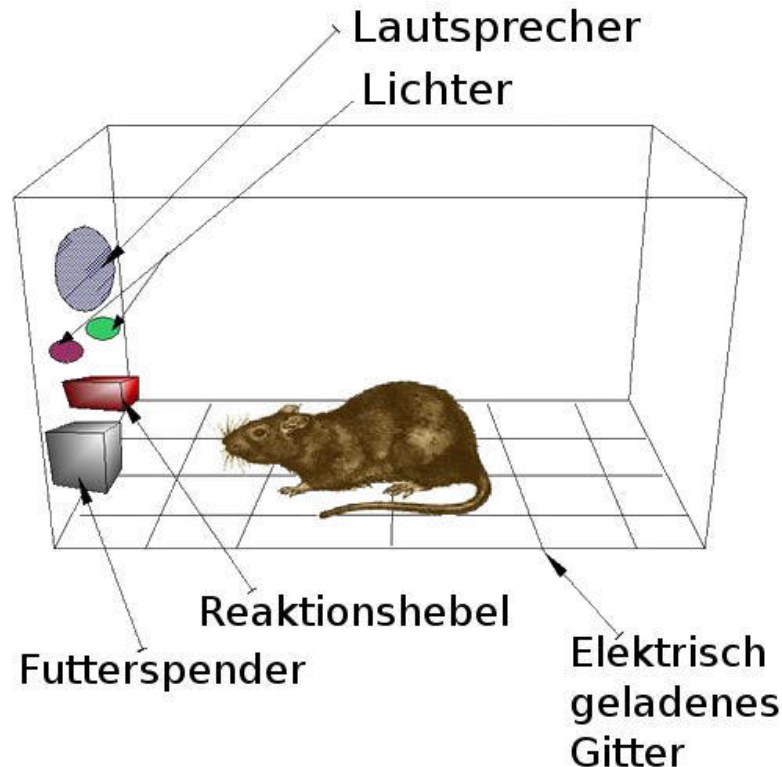


Abbildung 4 Skinner-Box (Quelle:https://de.wikipedia.org/wiki/Skinner-Box#/media/File:Skinner_box_de.png)



Unter operanter Konditionierung versteht man die Erhöhung oder Senkung der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens aufgrund der darauf folgenden Konsequenzen. Dabei können zwei Klassen von Konsequenzen unterschieden werden; die angenehmen (appetiven) und die unangenehmen (aversiven) Reaktionen.

Die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens steigt, wenn eine angenehme Konsequenz (Verstärkung) folgt. Diese kann entweder darin bestehen, dass ein unangenehmer Reiz entfernt oder aber, dass ein angenehmer dargeboten wird. Umgekehrt sinkt die Verhaltenswahrscheinlichkeit aufgrund einer negativen Konsequenz (Bestrafung). Dies geschieht durch die Entfernung eines angenehmen Reizes oder durch die Darbietung eines unangenehmen Reizes. (Achtergarde et al. 2006, Bodenmann et al. 2004, 105)

Skinner unterscheidet zwischen Verstärkung und Bestrafung bei einer auftretenden Verhaltensweise. Beide Faktoren enthalten wieder zwei weitere Unterscheidungen (vgl. Abb)

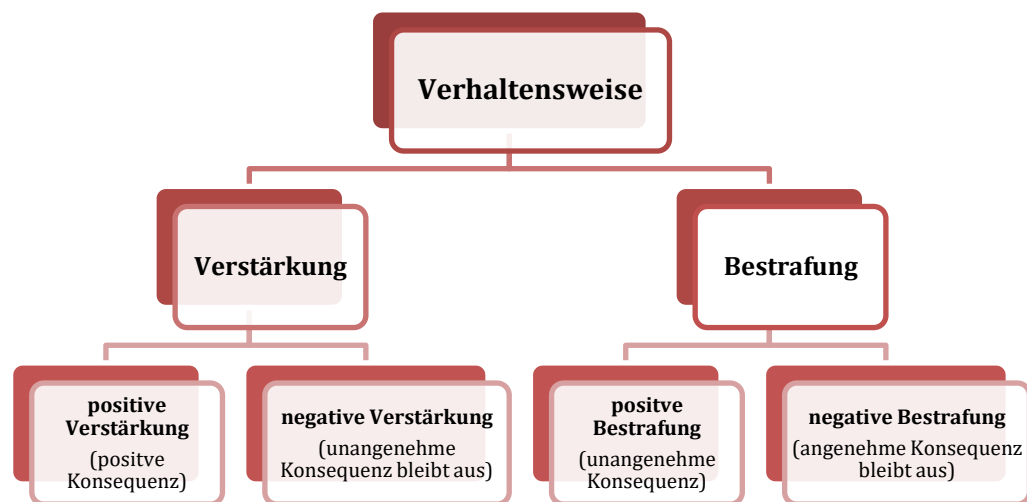


Abbildung 5 eigene Darstellung

Positive Verstärkung

Ein erwünschtes Verhalten tritt auf und wird belohnt.

Beispiel Skinnerbox:

Die Ratte drückt den Hebel und bekommt dafür Futter.

Negative Verstärkung

Ein erwünschtes Verhalten tritt auf und eine unangenehme Konsequenz bleibt aus.

Beispiel Skinnerbox:

Die Ratte drückt den Hebel und der Strom im elektrischen Bodengitter wird abgestellt.

Positive Bestrafung

Ein unerwünschtes Verhalten tritt auf und die Ratte wird durch eine unangenehme Konsequenz bestraft.

Beispiel Skinnerbox

Die Ratte bekommt jedes Mal einen Stromschlag, wenn sie den Hebel drückt.

Negative Bestrafung

Ein unerwünschtes Verhalten tritt auf und für die Ratte bleibt eine angenehme Konsequenz aus.

Beispiel Skinnerbox:

Um der Ratte eine angenehme Konsequenz zu entziehen, musste dieser zunächst eine angenehme Konsequenz antrainiert werden, bspw. beim Drücken des Hebels bekommt sie Futter. Die negative Bestrafung tritt dann ein, wenn sie den Hebel drückt und kein Futter mehr erhält.

Quotenverstärkung:

Ein gewünschtes Verhalten tritt häufiger auf, wenn man die Verstärkung gezielt einsetzt. Bspw. bekommt die Ratte nur noch eine Belohnung, wenn sie fünfmal den Hebel betätigt hat.

Löschung

Eine Verhaltenshäufigkeit nimmt ab, wenn auf das erwünschte Verhalten keine Verstärkung mehr erfolgt.

Beispiel Skinnerbox:

Die Ratte drückt beliebig oft auf den Hebel und es kommt kein Futter mehr.



Bitte sehen Sie sich den Educast zum Operanten Konditionieren auf Ihrer Lernplattform Moodle an.

Beispiel für das operante Konditionieren beim Menschen:

Positive Verstärkung

Ein Kind hat bei einer Untersuchung gut mitgemacht und bekommt dafür im Anschluss einen Bonbon.

Negative Verstärkung

Ein_e Patient_in hat Schmerzen und bekommt von einer Pflegekraft eine Schmerztablette; die Schmerzen verschwinden.

Positive Bestrafung

Ein_e Patient_in ist am Telefon bei einer Terminabsprache unfreundlich. Die Mitarbeiter_in gibt der/ dem Patient_en erst einen Termin in vier statt zwei Tagen.

Negative Bestrafung

Ein_e nörgelnde Patient_in bekommt aufgrund ihres Verhaltens beim Mittagessen von der Pflegekraft keinen Nachtisch.



[Kreddig, N., Karimi, Z. \(2013\): Psychologie für Pflege und Gesundheitsmanagement, S. 34-44](#)

e-tivity 5



Überlegen Sie sich ein Beispiel aus ihrem beruflichen Kontext: Woran erkennen Sie das operante Konditionieren? Beschreiben Sie Beispiele zur Verstärkung und Bestrafung. Laden Sie ihr anonymisiertes Beispiel in einem Dokument (max. halbe Seite) auf der Lernplattform unter „Gegenseitigen Bewerten“ hoch und kommentieren Sie drei Beispiele Ihrer Mitstudierenden.

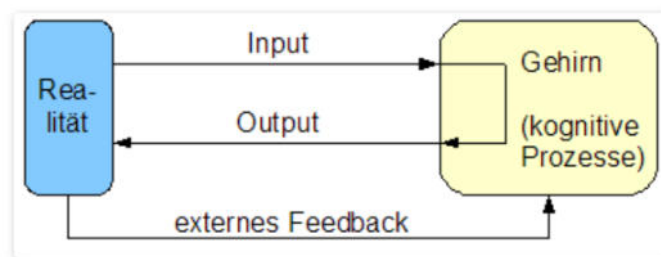
e-tivity 6



Gehen Sie in ihre interprofessionelle Kleingruppe und erarbeiten Sie die wesentlichen Unterschiede von der klassischen und operanten Konditionierung. Schreiben Sie Ihre Ergebnisse ins Forum.

5.2 Kognitivismus

Beim Kognitivismus wird der Mensch oft mit einer Maschine verglichen. Diese Metapher geht davon aus, dass Lernprozesse wie folgt ablaufen: Der Mensch nimmt Informationen auf, verarbeitet und speichert diese, welche er im Anschluss anwendet. Der Kognitivismus versucht zu Verstehen wie Prozesse im Gehirn funktionieren.



Vereinfachtes Modell des Kognitivismus

Abbildung 6 Vereinfachtes Modell des Kognitivismus (Quelle: <http://www.lernpsychologie.net/lerntheorien/kognitivismus>)

Lernen wird im Sinne des Kognitivismus wie folgt beschrieben (o. Autor 2018):

1. Aufmerksamkeit wecken

Sowohl die grundsätzliche als auch die gerichtete Aufmerksamkeit des Lernenden muss gewährleistet sein. Lernfördernde Reize sollten daher ungewöhnlich, unbekannt und abwechslungsreich sein. (z.B. Verpacken des Lerninhalts in einer Geschichte, Nutzung von Hervorhebungen, Formulierung von Lernzielen)

2. Vorwissen aktivieren

Neue Informationen werden wesentlich besser verstanden und gespeichert, wenn diese mit bestehendem Vorwissen verknüpft werden können. Zu Beginn eines Lernvorgangs sollte daher ein kurzer Überblick über den folgenden Lernstoff gegeben werden, an den die Lernenden dann anknüpfen können.

3. Wahrnehmungsprozess unterstützen

Lerninhalte sollten so aufbereitet werden, dass diese vom Lernenden leicht wahrgenommen werden können. Konkret heißt das, dass eine abgeschlossene Informationseinheit nicht mehr als einen Bildschirm oder eine Buchseite / Folie umfassen sollte. Komplexe Informationen sollte in ihre Bestandteile zerlegt und als aufbauende Informationskette präsentiert werden. Weiterhin soll Informationen einfach, verständlich und prägnant dargestellt werden.

4. Speicherung im Gedächtnis verbessern

Die Gedächtnisleistung der Lernenden kann u.a. durch die Aktivierung von Vorwissen, Wiederholungen sowie Anwendung der neuen Informationen verbessert werden.

5. Wissen überprüfen und verbessern

Kontrolle des gelernten Wissens und ein damit verbundenes Erreichen von Lernerfolgen bzw. konstruktives Feedback können das Lernverhalten positiv beeinflussen.

Diese Lerntheorie schließt im Gegensatz zum Behaviorismus, wonach der Lerngegenstand unreflektiert durch Verstärkung oder Bestrafung vom Individuum gelernt wird, auch die Interpretation und das Bewerten der aufgenommenen Informationen mit ein. Aus Sicht des Kognitivismus kann sich die/ der Lernende aktiv mit dem Lerngegenstand auseinandersetzen und durch Einsicht oder Verstehen zu neuen Erkenntnissen kommen.

Basierend auf dem Verständnis der kognitivistischen Lerntheorien entwickelten sich daraus die folgenden Lerntheorien.

5.2.1 Lernen am Modell

Die Theorie zum Lernen am Modell wurde von Albert Bandura (geb. 1925) entwickelt und beschreibt das Lernen durch Nachahmung, Beobachten oder Imitieren.

Bandura entwickelte seine Theorie basierend auf dem Behaviorismus und verband diese mit den Ansätzen des Kognitivismus. Bandura ging

davon aus, dass Menschen auch in der Lage sind, ohne Verhaltenskonsequenzen zu lernen - und zwar durch Beobachtungen. Sie können somit bspw. Fertigkeiten erlernen, ohne dass eine Bestärkung einer zweiten Person notwendig ist. Außerdem stellt er im Gegensatz zu den Behavioristen das Bewusstsein in den Mittelpunkt.

"Vollkommen neue Verhaltensweisen/ Einstellungen lernen wir dadurch, daß wir die Verhaltensweisen/Einstellungen anderer wahrnehmen, beobachten und nachahmen. Darüber hinaus hat das Beobachtungs- oder Modellernen den Vorteil, daß komplexe Verhaltensbereiche (Sprache, Autofahren, berufliche Tätigkeiten usw.), die sich aus einer Vielzahl von Verhaltensweisen zusammensetzen, leichter und schneller erworben werden können, als wenn sie einzeln verstärkt werden müßten." (Schmitt 1999, 15)

Modellernen kann in den folgenden zwei Phasen dargestellt werden.

1. Aneignungsphase: Aufmerksamkeitsprozesse

Ein Modell erregt die Aufmerksamkeit der/ des Beobachter_in. Die/ der Beobachter_in identifiziert sich mit dem Modell und konzentriert sich nun auf das Modell und beobachtet genau dessen Verhaltensweise.

2. Aneignungsphase: Behaltensprozesse

Die beobachtete Verhaltensweise wird im Gedächtnis gespeichert. Die Nachahmung durch die/ den Beobachter_in kann erst einige Zeit später erfolgen.

3. Ausführungsphase: Reproduktionsprozesse

Durch die Erinnerung an die beobachtete Verhaltensweise kann die/ der Beobachter_in nun das Verhalten nachahmen. Hierbei wiederholt sie/ er schrittweise die beobachteten Bewegungsabläufe.

4. Ausführungsphase: Verstärkungs- und Motivationsprozesse

Zu einer Verstärkungs- und Motivationsphase kommt es, wenn die/ der Beobachter_in Erfolg bei der Durchführung der nachgeahmten Verhaltensweise hat.



Lernen funktioniert nach Bandura somit auch unabhängig von einer/ einem Lehrenden. Die steht im Gegensatz zu den behavioristischen Lerntheorien wo der/ dem Lehrenden eine zentrale Rolle zugedacht ist. Beim Lernen nach Bandura ist lediglich ein Modell notwendig, mit dem sich die/ der Lernende identifizieren kann. Dieses kann vom Lernenden frei ausgewählt werden und ist nicht vorbestimmt.



Ergänzend können Sie sich dieses 14-minütige [Video zu Bandura: Lernen am Modell ansehen](#)



e-tivity 7

Beschreiben Sie im Forum ein Beispiel aus Ihrem Berufsleben, an dem Sie Banduras Theorie des Lernens festmachen.

5.2.2 Lernen durch Einsicht

Der Ansatz „Lernen durch Einsicht“ nach Wolfgang Köhler (1887-1967) und Max Wertheimer geht davon aus, dass Lernen durch das Lösen von Problemen geschieht. Die Besonderheit dieser Theorie und damit auch die Verbindung zum Kognitivismus ist, dass die Problemlösung aufgrund der kognitiven Leistung also durch Nachdenken erfolgt. Die/ der Lernende erkennt ein Problem und hat eine Vorstellung davon, was sie/ er erreichen will. Ihr/ ihm fehlt allerdings zunächst die Lösung für ihr/ sein Problem, dieses kann allerdings durch Überlegen gelöst werden (Achtergarde et al. 2006).

Nach Wolfgang Koehlers kognitiver Lerntheorie gibt es sechs Phasen des Lernens durch Einsicht:

1. Auftauchen des Problems

Die Lernenden erkennen einen Unterschied zwischen dem vorhandenen und erwünschten Zustand.

2. Probierverhalten.

Bisherige Handlungsstrategien werden angewendet.

3. Umstrukturierung.

Die Situation wird neu erfasst und bewertet. Mögliche Lösungen werden kognitiv durchdacht, es kommt jedoch nicht zu einer Erprobungsphase.

4. Einsicht und Lösung

Gedanklich fügt sich alles zu einer möglichen Lösung zusammen.

5. Anwendung

Die kognitiv entwickelte Lösung wird durchgeführt und bei Erfolg beibehalten.

6. Übertragung

Die erfolgreiche Handlungsstrategie kann auch auf andere Probleme bezogen und weiterentwickelt werden.



Bitte sehen sich den zusammenfassenden Educast zum Kognitivismus auf Ihrer Lernplattform moodle verpflichtend an.



Ergänzend können Sie sich dieses 4-minütige [Video: Lernen durch Einsicht ansehen](#)



Diese Lerntheorie sollte nicht mit der Lerntheorie *Versuch und Erfolg* von Edward Lee Thorndike (1874-1949) verwechselt werden. Diese basiert auf dem Behaviorismus, da die/ der Lernende durch Ausprobieren zum Lernerfolg kommt. Der kognitive Prozess steht dabei im Hintergrund.



e-tivity 8

Überlegen Sie sich auch hier ein Beispiel aus Ihrer beruflichen Praxis, an der Sie die Lerntheorie festmachen und schreiben diese ins Forum. Lesen Sie min. drei weitere Beispiele Ihrer Mitstudierenden und überprüfen diese auf ihre Korrektheit.

5.3 Konstruktivismus

Der Konstruktivismus weist eine Ähnlichkeit zum Kognitivismus auf, da auch hier das Lernen als individueller Aufbauprozess betrachtet wird. Das heißt: Lernen geschieht allein ausgehend von der/ dem Lernenden. Nach Auffassung des Konstruktivismus handelt es sich bei der/ dem Lernenden um eine zielgerichtete, handelnde Person, die aktiv nach neuen Erkenntnissen sucht, diese interpretiert und verarbeitet. Das Wissen steckt in dem Individuum selbst und wird von ihr/ ihm bestehend auf Vorerfahrungen subjektiv konstruiert, reorganisiert und weiterentwickelt.

Die Vermittlung von Wissen wie sie gemäß des Kognitivismus erfolgt, ist demnach im Konstruktivismus nicht möglich: Die/ der Lernende bestimmt individuell, wie und welches Wissen sie/ er konstruiert. Die Umwelt hat als solches keinen Einfluss darauf.

Während in den anderen Theorien die/ der Lehrende eine mehr oder weniger zentrale Rolle spielte, scheint dieses beim Konstruktivismus anders. Objektiv betrachtet benötigt die/ der Lernende die Lehrperson nicht, da sie/er sich das Wissen selber konstruieren kann. Im Konstruktivismus ist der/ dem Lehrenden die Rolle der/ des Anreizgeber_in und der Unterstützer_in angedacht. Die/ der Lehrende entwickelt konstruktivistische Lernangebote, die der/ dem Lernenden Anreiz bieten zu lernen. Sie/ er unterstützt sie in ihrem/ seinem individuellen Lernprozess.



Bitte sehen sich den zusammenfassenden Educast zum Kognitivismus auf Ihrer Lernplattform moodle verpflichtend an.



e-tivity 9

Schreiben Sie einen Forenbeitrag: Was bedeutet der konstruktivistische Ansatz für Bildungsangebote und insbesondere für die Gestaltung selbiger? Welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus und was können mögliche Lösungen sein?

5.4 Exkurs: Konnektivismus

Die Theorie des Konnektivismus wurde 2004 von George Siemens (Gründer und Präsident des Bildungslaboratorium Complexive Systems

Inc.) veröffentlicht. Aus seiner Sicht berücksichtigten die bisher bestehenden Theorien nicht ausreichend die technologischen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf das Lernen. So fehlt es an der Integration von digitalen Lehr-/Lernformen in bestehende Lernprozesse.

Darüber hinaus fehlt eine Auseinandersetzung bezüglich aktueller gesellschaftlicher Veränderungen und den damit verbundenen Auswirkungen und Bedeutungen auf das Lernen. Beispiele sind die zunehmende schnellere Erneuerung und damit der verbundene Verfall die Halbwertszeit von Wissen. Die stärkere Bedeutung des lebenslangen Lernens oder die steigende Wichtigkeit von informell erworbenen Kompetenzen finden ebenfalls in den bisherigen Theorien nur wenig bis gar keine Berücksichtigung.

Die Theorie des Konnektivismus baut auf der des Konstruktivismus auf, sieht allerdings die/ den Lernende_n nicht als isoliertes, sondern als vernetztes Individuum. Das bedeutet Wissen wird nicht allein im Individuum wie beim Konstruktivismus generiert, sondern im Austausch durch Netzwerke. Netzwerke beziehen sich dabei nicht ausschließlich auf andere Menschen, sondern auch auf Medien, Daten, Büchen etc. Lernen im Konnektivismus funktioniert durch das Ausfindig machen von Informationen und Wissen und die Anknüpfung an bereits bestehende Kompetenzen (Siemens 2005).

Prinzipien des Konnektivismus:

- *Lernen und Wissen beruhen auf unterschiedlichen Meinungen.*
- *Lernen bedeutet, unterschiedliche Informationsquellen miteinander in Verbindung zu setzen.*
- *Lernen kann auch in nichtmenschlichen Einrichtungen stattfinden.*
- *Es ist wichtiger zu erfahren, was noch nicht gewusst wird, als das was schon gewusst wird.*
- *Die Pflege und Aufrechterhaltung von Verbindungen ist wichtig, um den Lernprozess kontinuierlich zu fördern.*
- *Eine Kernkompetenz ist die Fähigkeit, Verbindungen zwischen Feldern, Ideen und Konzepten herzustellen.*
- *Ziel der konnektivistischen Lernaktivität ist es, das Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten.*

- *Entscheidungsfindung ist selbst ein Lernprozess. Die Auswahl der zu lernenden Informationen und die Bedeutung der eingehenden Informationen können sich verändern. Obwohl es jetzt eine richtige Antwort gibt, kann diese morgen aufgrund von neuen Erkenntnissen falsch sein (Siemens, 2005).*



Konnektivismus – Original Veröffentlichung von George Siemens

[Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age](#)



Bitte sehen Sie sich dieses 5-minütige [Video zu den Lerntheorien](#) verpflichtend an



Zusammenfassender [Ergänzungstext](#) zu den drei großen Lerntheorien.

e-tivity 10



Sie haben in den letzten Wochen vier verschiedene Lerntheorien kennengelernt. Sie haben alle ihre Gültigkeit und erklären Lernprozesse aus verschiedenen Sichtweise. Nun ist Ihre Aufgabe zu überlegen, mit welcher Lerntheorie sie sich am ehsten identifizieren können und begründen dieses. Schreiben Sie hierzu maximal eine Seite in Schriftgröße 12 und laden diese in Moodle hoch.

Im Anschluss lesen Sie bitte zwei Rückmeldungen von Ihren Mitstudierenden und kommentiere diese konstruktiv.

6. Lehren

Die folgenden Kapitel beschreiben, wie Lehrende Bildungsangebote didaktisch gut durchdacht aufbauen können. Neben der Verortung der Begrifflichkeiten geben sie eine Übersicht, welche didaktischen Schritte bei der Planung von Bildungsangeboten berücksichtigt werden müssen. Die Vermittlung von Lehr- und Präsentationskompetenzen gehört thematisch

eng zu diesem Kapitel, wird allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt des Studiums berücksichtigt.

6.1 Didaktik und Methodik

Didaktik und Methodik sind zwei sehr wichtige Begriffe in Verbindung mit Lehren. Je nach Auffassung, Bildungstheorie oder Epoche können diese Begriffe ganz unterschiedlich gefasst werden. Zwei sehr allgemeine aber umfassende Definitionen finden sich im Folgenden:



„Unter Didaktik (von griechisch: didáskein „lehren“) im weiteren Sinn versteht man Umsetzung des Lehrens und Lernens, ihre theoretische Einbettung und Reflektion. Sie ist die Grundlage zur Beschreibung, Erklärung, Durchführung und Bewertung von Lehr-Lern-Situationen. Sie liefert Modelle zur Planung, Strukturierung und Analyse von Unterricht. So kann man beispielsweise den Unterricht in fünf Momente gliedern: Ziel, Inhalt, Sozial-, Handlungs- und Prozess-Struktur.“ (Heinz Duden 2018)

„Während die Didaktik im engeren Sinn (das Was) die Inhalte und Ziele vermitteln soll, dient die Methodik ihrer konkreten Umsetzung. Ziel der Methodik (das Wie) ist die Organisation der Lernprozesse. Dazu gehören: Handlungs- bzw. Redesituationen, methodische Grundformen, Unterrichtstechniken, Verlaufsform („methodischer Gang und ein Roter Faden“), Sozialformen und natürlich auch die Sitzordnungen.“ (Heinz Duden 2018)

Im Laufe der Zeit entwickelten sich je nach Verständnis verschiedene didaktische Modelle und Ansätze bspw. das bildungstheoretische Modell (Klafki), das lerntheoretische Modell (Heimann, Otto, Schulz), das kybernetische Modell (Cube) oder die kommunikative Didaktik (Schäfer und Schaller).

Auch wenn nicht auf die einzelnen Ansätze eingegangen wird ist das Verständnis darüber, welche Bereiche von der Didaktik in Bezug auf Bildungsangebote berücksichtigt werden müssen, wichtig.

Die nachfolgende Abbildung zeigt anhand von sechs W-Fragen, was didaktische Fragestellungen sind. Aus diesen sechs Bereichen lassen sich weitere kleinteiligere Fragestellungen ableiten. Ebenso weist die Grafik sehr deutlich darauf hin, dass keine didaktische Fragestellung singulär für sich steht. Sie haben alle einen Bezug zueinander und beeinflussen sich gegenseitig.

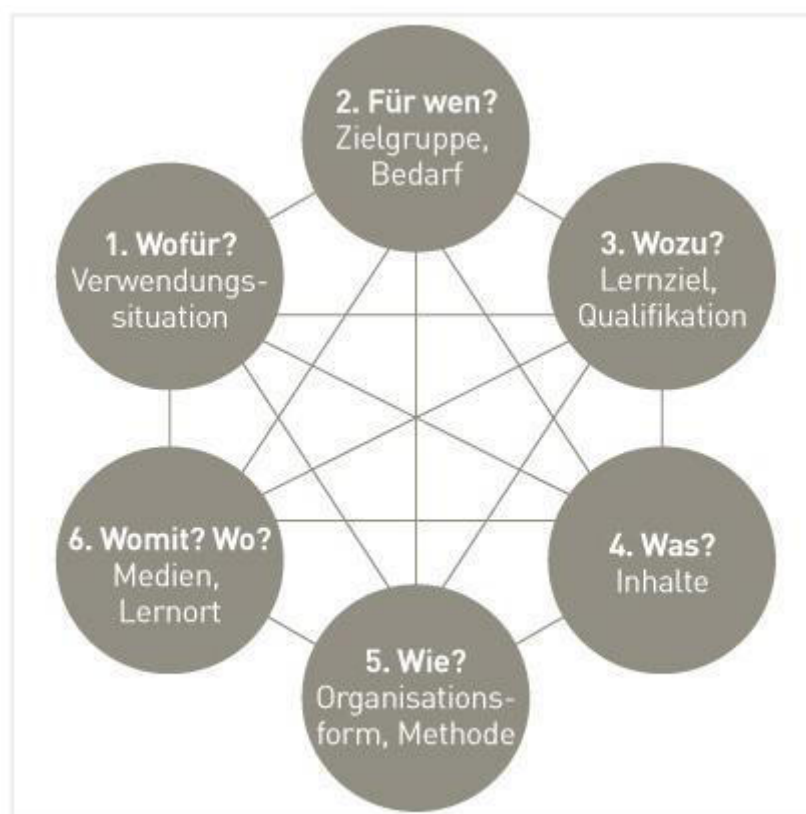


Abbildung 7: Die sechs Fragen zur Didaktik (Schlutz 2006, S.78, <https://wb-web.de/wissen/lehren-lernen/didaktik-der-erwachsenenbildung.html>)

6.2 Planung von Bildungsangeboten

Nach der theoretischen Verortung der Begriffe Didaktik und Methodik wird im Folgenden Schritt für Schritt dargestellt, wie Bildungsangebote

geplant werden und insbesondere welche Anforderungen daraus für Lehrende resultieren. Anzumerken ist, dass es sich hierbei nicht um einen statischen, sondern eher um einen agilen Prozess handelt. Entscheidungen, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt getroffen wurden, können im Prozess auch wieder verändert werden. Wichtig ist nur, dass alle didaktischen Entscheidungen aufeinander abgestimmt sind (Kerres 2018).



Kerres, M.(2018). Mediendidaktik. Konzeption und Entwicklung digitaler Angebote, 5. Auflage, Oldenbourg: Walter DeGruyter.

e-tivity 11



In der nächsten Woche werden Sie Schritt für Schritt ein Lernangebot konzeptionieren. Überlegen Sie sich daher, wozu Sie gerne eine Schulung, Training oder auch eine Weiterbildung anbieten möchten und schreiben Sie Ihre Teilergebnisse ins Wiki. Das Thema darf auch unabhängig Ihres Berufes gewählt werden, da es nicht um die Inhalte sondern um die didaktischen Entscheidungen geht.

6.2.1 Bildungsproblem/-anliegen

Zu Beginn einer jeden Planung eines Lernangebots sollte sich Lehrenden über das Bildungsproblem /-anliegen bewusst werden. Jedes Lernangebot lässt sich auf ein Bildungsproblem zurückführen. Lernangebote sind darauf angelegt Bildungsprobleme zu lösen. Wie die folgende Grafik zeigt, sind Defizite bei den Lernenden aber nicht immer auf ein Bildungsproblem zurückzuführen (Kerres 2018).

Können	hoch	(A) Motivations- defizit	(B) Umgebungs- faktoren
	niedrig	(C) Personal- auswahl	(D) Bildungs- problem
		niedrig	hoch

Wollen

Abbildung 8: Können und Wollen als Determinanten für Leistungshandeln (Kerres 2018, S. 302)

Die Determinanten “Können“ und “Wollen“ spielen bei der Ursache eines Defizits bei den Lernenden eine entscheidende Rolle. Bei einem hohen Ausmaß an “Können“, aber einem geringen an “Wollen“, handelt es sich eher um ein Motivationsdefizit und es müssen Konzepte entwickelt werden, die die Motivation der Lernenden anregen. Sind die Ausprägungen beider Determinanten niedrig, so ist das Defizit eher auf die Personalauswahl (bspw. fehlende Kompetenzen beim Lehrpersonal) zurückzuführen. Bei einer hohen Ausprägung beider Faktoren, folglich wenn sowohl ein hohes Maß an Motivation vorliegt sowie die nötigen Kompetenzen vorhanden sind, können die Umgebungsfaktoren eine Rolle bei fehlende Lernerfolg spielen. Ein tatsächliches Bildungsproblem liegt nur in dem Fall vor, wenn zwar das “Wollen“ hoch ist, das “Können“ dafür aber niedrig (Kerres 2018).

Merkmale eines Bildungsproblems sind daher folgende:

- das Problem lässt sich durch Lernen lösen
- das Problem muss so beschrieben sein, dass sich daraus ein Lernangebot entwickeln lässt
- die Formulierung des Bildungsproblems beinhaltet nicht bereits die daraus zu entwickelnde Maßnahme

- das Bildungsproblem sollte so eingegrenzt sein, dass sich daraus ein realistisches und zeitlich begrenztes Lernangebot ergibt

Beispiele für die Formulierung eines Bildungsproblems:

1. Abiturient_innen verfügen oftmals nicht über hinreichende Grundkenntnisse der Mathematik, um ein naturwissenschaftliches Studium erfolgreich beginnen zu können.
2. Reisende haben häufig mangelndes kulturelles Wissen trotz des Aufhaltens an kulturellen Orten.
3. Grundschul Kinder verfügen noch nicht über ein Verständnis über eine nachhaltige Lebensform.



e-tivity 11.1

Überlegen Sie, wie das Bildungsproblem zu Ihrem Bildungsangebot aussehen kann und schreiben dieses in das Wiki. Beachten Sie bei der Formulierung die oben stehenden Vorgaben und Merkmale eines Bildungsproblems.

6.2.2 Zielgruppe

Bei der Planung von Lernangeboten ist es wichtig die Zielgruppe genauer zu betrachten, um das Angebot zielgruppenspezifisch zu entwickeln. Folgende wesentliche Merkmale einer Zielgruppe sollten daher berücksichtigt werden (Kerres 2018):

- Größe der Zielgruppe: Wie viele Teilnehmende werden an dem Angebot teilnehmen? Ergibt eine Gruppengrößenbeschränkung Sinn? Gibt es Vorgaben zur Gruppengröße der Teilnehmenden? Welcher Inhalt soll voraussichtlich vermittelt werden und hat das Auswirkungen auf die Gruppengröße (Bsp. Wie sinnvoll kann z.B. ein Coaching in einer Großgruppe sein)?
- Alter/Geschlecht: Soziodemografische Daten helfen, die Zielgruppe näher zu beschreiben und sie ggf. auch einzugrenzen. Ist die Alterspanne besonders hoch, wird die Heterogenität der Zielgruppe auch entsprechend divers sein.

- Höchster Schulabschluss: Auch der Bildungsstand hat Einfluss auf die Planung und Umsetzung des Bildungsangebots. So können sich Angebote je nach Bildungsstand unterscheiden, z.B. wird ein Bildungsangebot für Schulabbrecher_innen anders gestaltet werden als ein Angebot für Hochschulabsolvent_innen.
- Vorwissen: Das Vorwissen einer Zielgruppe ist bei der Planung und insbesondere bei der Auswahl der Inhalte sehr wichtig. Auch hier stellt sich die Frage wie heterogen die Zielgruppe ist. Kommen bspw. alle Teilnehmenden aus einer Berufsgruppe, so können bestimmte grundlegende berufsspezifische Ausbildungsinhalte bei einer Weiterbildung vorausgesetzt werden. Sind die Vorkenntnisse allerdings unterschiedlich, muss dieses berücksichtigt werden.
- Motivation: Die Motivation bei der Teilnahme an einem Lernangebot kann sehr unterschiedlich sein. Zum einen gibt es die Teilnehmenden die aufgrund der intrinsischen Motivation sich einfach weiterbilden möchten, dann sollte das Lernangebot u.a. zum Weiterdenken und zur intensiven Auseinandersetzung anregen. Zum anderen gibt es Teilnehmende die bspw. von ihrem Arbeitgeber_in zu einer Weiterbildung geschickt werden. Natürlich können diese auch intrinsisch motiviert sein, allerdings besteht die Option, dass die extrinsische Motivation im Vordergrund steht. In diesem Fall steht das Erreichen der Lernergebnisse und der damit verbundenen Kompetenzen im Vordergrund.
- Geografische Verteilung: Insbesondere bei der Konzeption von Online-Angeboten ist die geografische Verteilung sehr interessant. Diese kann darüber entscheiden, ob ausschließlich Online-Lehre durchgeführt wird, oder ob die Lehre überwiegend in Präsenztermine stattfinden kann. Insbesondere bei internationalen Veranstaltung müssen dann Faktoren wie Sprache, Zeitverschiebung etc. berücksichtigt werden.
- Medienkompetenz und ausstattung: Kenntnisse über die Medienkompetenz und Medienausstattung der Zielgruppe sind für mediengestützte Lernangebote elementar wichtig. Nur so können Entwickler_innen sich später für ein Lernmedium entscheiden. Nicht

immer muss die Kompetenz oder die Ausstattung bei der Zielgruppe bereits vorhanden sein. In diesem Fall sollte man sich Gedanken machen, wie die Zielgruppen den Umgang mit dem Medium lernt, bzw. wie die Zielgruppe Zugang zum Medium erhält (bspw. über eine Organisation).

Bei der Konzeption eines Bildungsangebots sollte die Zielgruppe so gut wie möglich beschrieben werden. In einigen Fällen kennt man die Zielgruppe bereits persönlich und kann daher die Beschreibung konkretisieren. Bei neuen Bildungsangeboten, insbesondere wenn die Zielgruppe noch weitestgehend unbekannt ist empfehlen sich Zielgruppenanalyse bspw. durch Befragungen, Auswertungen von bereits erhobenen Daten etc. (Kerres 2018).

e-tivity 11.2



Überlegen Sie sich genau wie Ihre Zielgruppe zu Ihrem Bildungsproblem aussehen könnte. Beschreiben Sie diese mit allen wichtigen oben genannten Merkmalen (Gruppengröße, soziodemografischen Daten, Bildungsstand, Vorwissen und erworbenen Kompetenzen etc.). Tragen sie dieses stichwortartig in Ihr Wiki ein.

6.2.3 Lehr/Lernziele

Zur Konzeption eines jeden Bildungsangebots gehört die Festlegung von Lehr- und Lernzielen. Diese beschreiben welche Kompetenzen die Teilnehmenden am Ende eines Lernangebots erworben haben. Anhand von Lehr- und Lernzielen lassen sich Inhalte konkretisieren und es besteht die Möglichkeit im Anschluss eines Angebots das Erreichen der Lehr-Lernziele zu evaluieren (Kerres 2018).

Lehr- und Lernziele sind nicht unbedingt identisch, auch wenn es häufig zu Überschneidungen kommt. So werden Lehrziele aus der Sicht der Lehrenden formuliert, sie beschreiben was Lernende am Ende eines Lernprozess können sollen. Hingegen werden Lernergebnisse aus der Sicht der Lernenden formuliert (Kerres 2018). Trotz einer ähnlichen Formulierung wird das folgende Beispiel dieses verdeutlichen:

Lehrziel:

Die Studierenden wissen, dass es unterschiedliche Konzepte Lebenslangen Lernens gibt.

Lernziel:

Die Studierenden können die unterschiedlichen Konzepte Lebenslangen Lernens unterscheiden.

Die beiden Beispiele verdeutlichen nicht nur die unterschiedlichen Perspektiven, sondern präsentieren auch, welche Bestandteile in jedem Lehr-Lernziel berücksichtigt werden.

„So beinhaltet die Formulierung eines Lernziels

- a. die Personen, die etwas lernen (Akteur)
- b. eine Handlung, die als Ergebnis des Lernprozesses beherrscht werden soll und
- c. den Gegenstand, auf den sich die Handlung bezieht.

Akteur	Handlung	Gegenstand
Die Teilnehmenden	können Fehler identifizieren	in einem Schaltplan

Abbildung 9 Formulierung von Lernzielen (Kerres 2013, S. 317)

Weitere Aspekte können ebenfalls bei der Formulierung berücksichtigt werden:

- d. einen Gütemaßstab, der bei der Ausführung der Handlung erwartet wird (z. B. können 9 von 10 Fehlern in 60 Sekunden identifizieren), und
- e. die Rahmenbedingungen, unter denen die Leistung zu erbringen ist (z. B. unter freiem Himmel und ohne weitere Hilfsmittel)“ (Kerres 2013, S. 317).

Darüber hinaus berücksichtigen Lehr- und Lernziele unterschiedliche Gegenstandsbereiche (Kerres 2013).

„*Sachkompetenz bezieht sich auf den Umgang des Menschen mit seiner materiellen Umwelt und symbolischen Gegenständen*“ (Kerres 2013, 310).

Ziele können daher wie folgt lauten:

- Studierende wenden Fachbegriffe richtig an. (Lernziel)
- Studierende lernen wissenschaftlich zu arbeiten. (Lehrziel)
- Schüler_innen wenden die Klassenregeln an. (Lernziel)

„*Bei Sozialkompetenzen geht um das Verhältnis des Einzelnen zu seinen Mitmenschen*“ (Kerres 2013, 310).

Ziele können daher folgendermaßen formuliert werden:

- Jugendliche lernen bei Diskussionen, auch die Perspektive der anderen einzunehmen. (Lehrziel)
- Schüler_innen erreichen gemeinsam das Projektziel. (Lehrziel)
- Kinder tragen ihre Konflikte mit anderen Kindern in einer angemessenen Form aus. (Lernziel)

„*Selbstkompetenz meint den Umgang mit sich selbst, z.B. den Umgang mit Emotionen oder dem eigenen Lernen*“ (Kerres 2013, 310).

Mögliche Ziele:

- Studierende schätzen selbst ihre Lernziele ein. (Lernziel)
- Kinder kennen Bewältigungsstrategien, um mit Wut umzugehen. (Lehrziel)
- Heranwachsende bilden sich eine eigene, reflektierte politische Meinung. (Lernziel)

Diese drei Gegenstandsbereiche lassen sich wiederum in die drei Kompetenzbereiche Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen einsortieren. Diese sind nochmals unterteilt in jeweilige Kompetenzstufen. Je höher die Nummerierung desto komplexer wird die Kompetenzstufe (vgl. Abbildung).

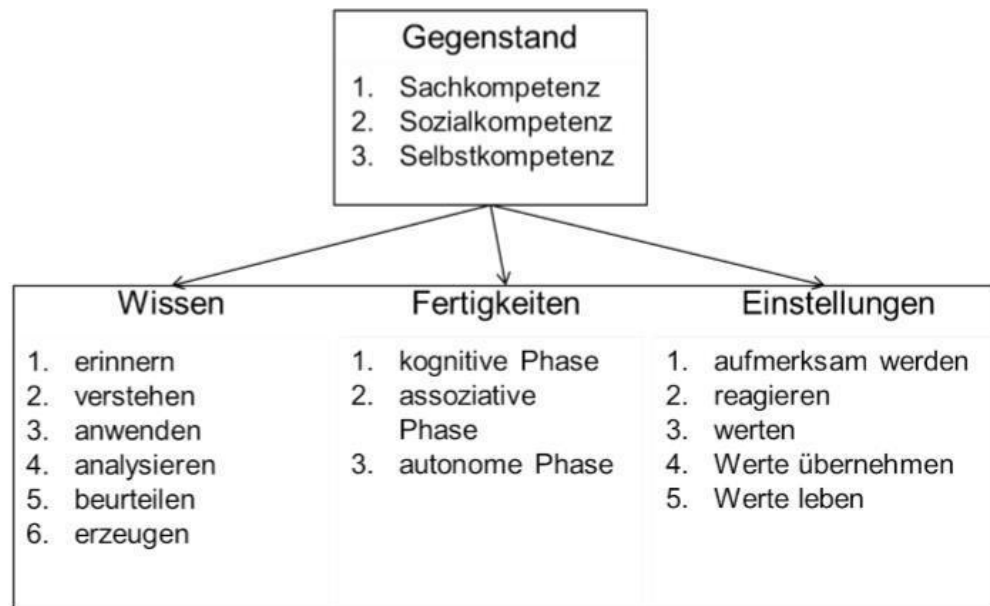


Abbildung 10 Lernziele formulieren (Kerres 2013, 317)

Lehrende_r sollten bei der Formulierung von Lehr- und Lernziele versuchen, alle Lerngegenstände sowie Kompetenzbereiche zu berücksichtigen. Bei den Kompetenzstufen wird davon ausgegangen, dass, wenn ein Lernziel bspw. auf der 4. Stufe der Einstellung formuliert wurde, die Kompetenzen der davor liegenden Stufen inkludiert sind. Es ist also nicht notwendig, für jede Stufe ein Lernziel zu formulieren (Kerres 2018).

Für die Formulierung von Lernergebnissen gelten folgende Punkte (Bergstermann et al. 2013, 19):

- Die Sätze möglichst kurz halten.
- Begriffe wie wissen, verstehen, lernen, vertraut sein mit oder kennen, vermeiden. Mit diesen Formulierungen werden eher Lehrziele und keine Lernergebnisse formuliert.
- für jedes Lernergebnis möglichst nur ein Verb benutzen, das möglichst konkret ist.
- Kontrollieren, ob das Lernergebnis überprüfbar ist.
- Überprüfen, ob das Lernergebnis im gegebenen Zeitrahmen zu erreichen ist.
- Versuchen, die Lernenden herauszufordern, aber nicht zu überfordern.

e-tivity 11.3



Formulieren Sie bezogen auf Ihr Bildungsangebot jeweils fünf Lehr- und Lernziele. Berücksichtigen Sie möglichst die Kompetenzbereiche (Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen). Schreiben Sie Ihre Lehr- und Lernziele in das Wiki.

6.2.4 Didaktische Methoden

Damit Lernprozesse zuverlässig angeregt werden können, müssen entsprechende Lerninhalte mittels einer gut durchdachten, didaktischen Methode aufbereitet werden. Didaktische Methoden beschreiben somit wie mittels ihrer Einsetzung aus Lerninhalten geeignete Lernangebote werden (vgl. Kerres 2018). Die Auswahl der didaktischen Methode ist immer abhängig vom Bildungsproblem, der Zielgruppe, den Lernergebnissen sowie den Rahmenbedingungen. Im Folgenden werden drei wichtige didaktische Methoden vorgestellt.

6.2.4.1 Exposition

Die Methode Exposition ist aufgrund ihrer Wortherkunft als darbietend zu verstehen. Somit inkludiert diese Form Lernangebote durch Präsentationen von Inhalten und somit meist die gezielte Vermittlung von Fachwissen in den Vordergrund stellt. Durch stark vorgegebene Strukturen und Lernwege steuert diese Methode den Lernenden weitaus mehr als andere Methoden, die Lernangebote einschließen. Die Aktivität des Lernenden beschränkt sich dabei zunehmend auf „die Rezeption des angebotenen Lernmaterials“ (Kerres 2018, S. 330). Die Methode der Exposition umfasst zwei Prinzipien, die die Möglichkeit für die Vermittlung und Anordnung konkreter sowie abstrakter Informationen innerhalb eines Lernangebotes bieten. Einerseits wird die so genannte Deduktion dazu verwendet, vom Allgemeinen auf das Besondere zu schließen, also von einer allgemeinen Theorie oder einem allgemeinen Konzept hin zu konkreten Beispielen. Andererseits erfüllt die Induktion genau den gegenteiligen Effekt, indem vom Besonderen, das heißt von konkreten Ausführungen, hin zum Allgemeinen geschlossen wird (vgl. Kerres 2018).

Expositorische Lehr- und Lernangebote sind gekennzeichnet durch eine lehrende Instanz. Diese bereitet das Wissen auf, strukturiert es für die Lernenden und präsentiert es. So kann bspw. Fachwissen systematisch vermittelt werden. Besonders gut eignet sich diese Methode, wenn die Lernenden noch wenig Vorwissen haben. Die Herausforderung für die Lehrenden besteht allerdings in der Aktivierung von eigenen Lernprozessen abseits der konsumierenden Lehrform (vgl. Kerres 2018).

6.2.4.2 Exploration

Die Exploration stellt das Pendant zu der vorher beschriebenen Exposition dar. Der Begriff explorativ kann als entdeckend verstanden werden und impliziert eigenständige Lernerfahrungen, in denen die/der Lernende sich individuelle Lernziele selbst steckt. Lernende sind dabei intrinsisch motiviert, sich neues Wissen oder neue Kompetenzen anzueignen. Dabei ist es wichtig, dass die Person selbst entscheidet, welche Lernaktivität in welcher Sequenz erfolgen soll (vgl. Kerres 2018). Das Lernen gestaltet sich bei der Methode eher spiralförmig, was bedeutet, dass die Inhalte nicht linear von einer Thematik zur anderen bearbeitet werden, sondern nach dem individuellen Ermessen der Lernenden. Des Weiteren wird neben dem Handlungsergebnis auch die Lernaktivität an sich als befriedigend empfunden. Da die Exploration die Eigenaktivität des Lernenden in den Fokus setzt, ist es wichtig, zentrale Maßnahmen zur Orientierung für das Lernen in die Lernumgebung miteinzubinden, um den Lernerfolg weitestgehend zu fördern. Die Basis explorativen Lernens stellt die menschliche Neugier und das Interesse an neuen Wissensinhalten dar. Dieses wird durch beispielsweise überraschende oder komplexe Situationen angeregt und ist als Grundlage für eigenaktives Lernen unverzichtbar (Kerres 2018).

Die explorative Methode wird häufig in Selbstlernphasen angewendet. Lehrende stellen bspw. weiterführende Materialien für die Lernenden zur Verfügung. Da die Basis dieser Methode eine intrinsische Motivation ist, entscheiden Lernende selbst, ob, wann und welchem Umfang sie diese Lernmaterialien nutzen. Für Lehrende besteht beim Einsatz dieser Methode in formalen Bildungskontexten (Universität/ Hochschulen) die Herausforderung darin, Wissen abzuprüfen (Kerres 2018).

6.2.4.3 Problemorientiertes Lernen

Das problemorientierte Lernen basiert auf der Idee den Lernenden eine stärkere Verknüpfung von Theorie und Praxis zu bieten und das Lernen im Sinne der konstruktivistischen Lerntheorie zu fördern.

Entstanden ist das problemorientierte Lernen in der Mediziner_innen-Ausbildung, da dort die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxistransfer besonders stark war. Mittlerweile wird die Methode aber auch in vielen weiteren Fachdisziplinen eingesetzt. In Deutschland wird häufig vom problemorientiertem oder auch problembasiertem Lernen gesprochen (Becker et al. 2010).

Der Ablauf ist beim problemorientierten Lernen immer sehr identisch. Die Lernenden sind häufig in (Klein-)Gruppen aufgeteilt und ihnen wird ein komplexer Fall aus der Praxis mit einer oder mehreren Problemstellungen vorgelegt. Hierbei ist die Problemstellung häufig bewusst nicht explizit benannt, da dieser Aspekt Bestandteil der zu bearbeitenden Aufgabe ist und damit auch zum Lernprozess gehört. Die Lernenden erarbeiten im Anschluss gemeinsam ihre Lösung zu den identifizierten Problemstellungen und selbst formulierten Lernzielen. Die/ Der Lehrende hat bei dieser didaktischen Methode eine unterstützende Rolle und greift nur in Ausnahmefällen in den Lernprozess mit ein.

Das Besondere an dieser Methode ist, dass die Lernenden zu Beginn der Lernphase mit einem Problem konfrontiert werden. Dieses dient nicht wie bei der expositorischen Methode der Veranschaulichung oder der Anwendung, sondern strukturiert den Lernprozess (Kerres 2013).

Problematisch an dieser Methode ist die Allgemeingültigkeit von Erkenntnissen, was sich wie folgt erklären lässt: Lernendengruppen erarbeiten individuell zu jedem Fall eine Lösung. Der Kerngedanke des problemorientierten Lernens sieht vor, dass es nicht die eine „richtige“ Lösung gibt, sondern alle Lösungen, sofern sie plausibel sind, ihre Gültigkeit haben. So stellt sich die Frage, wie Wissen, was für einen Fall gültig ist, auch verallgemeinert werden kann. Dieser Herausforderung müssen sich insbesondere Lehrende aber auch Lernende bewusst sein.



Ablauf des problembasierten Lernens mit Beispiel



e-tivity 11.4

Überlegen Sie sich bezogen auf Ihr Bildungsangebot, welche didaktischen Methoden zu Ihrem Bildungsangebot in welcher Form passend sind und führen Sie dieses aus. Schreiben Sie Ihr Ergebnis in Ihr Wiki.

6.2.5 Medienauswahl

In einer immer stärker digitalisierten Zeit gehören auch digitale Medien mit zum Lernen und insbesondere auch zum Lehren. Der Einsatz von Medien sollte didaktisch begründet sein.

Basierend auf den bisherigen didaktischen Schritten (Benennung des Bildungsproblems, Zielgruppenbeschreibung, Lehr- und Lernzielformulierung sowie Auswahl der didaktischen Methode) wählen Lehrende in diesem Schritt ihre Medien aus, welche die Lernenden in ihrem Lernprozess unterstützen. Grundsätzlich sollte hierbei beachtet werden, dass die didaktische Wirkung (Lernerfolg) nicht davon abhängig ist, welches Medium gewählt wurde, sondern wie sie in das didaktische Konzept eingebettet ist. Gelegentlich sind Lehrende nach dem Erlernen von neuen Medien so euphorisch, dass Sie diese unbedingt umsetzen möchten und dann alle anderen Aspekte aus den Augen lassen. Eine didaktische Wirkung kann allerdings nur erzielt werden, wenn die Medien gut ins didaktische Konzept integriert sind. Die Auswahl an digitalen Medien ist vielfältig und reicht von kleinen Tools für Präsenzveranstaltungen, über Lern-Apps im privaten Gebrauch, bis hin zu ganzen Online-Studiangeboten mittels Lernplattformen, Konferenzsystemen etc. (Kerres 2018).



e-tivity 11.5

Informieren Sie sich, welche/s Medien/Medium für Ihr Angebot primär aber auch ergänzend in Frage kommen würde/n und überlegen Sie sich, wie sie dieses in Ihr Bildungsangebot einbinden können.

6.2.6 Lernorganisation

Zu jedem Bildungsangebot gehört auch die Planung der Lernorganisation. Hierbei gibt es allerdings Unterschiede zwischen bspw. Präsenz- und Onlinelehre. Gemeinsam haben allerdings beide Formen, dass sie sowohl räumliche, zeitliche und soziale Aspekte beachten müssen (vgl. Kerres & de Witt 2003, Kerres 2018).

Räumliche Aspekte

Zunächst einmal muss die/ der Lehrende entscheiden, wo das Bildungsangebot örtlich stattfinden soll. Für die Präsenzlehre bedeutet das, dass ein geeigneter Raum organisiert werden muss, der den Ansprüchen des Bildungsangebots entspricht (Hörsaal, Seminarraum, Turnhalle, Außen-sportanlage etc.). Auch die Ausstattung ist, je nach Bildungsangebot, ein entscheidender Aspekt, der bei der Planung mit berücksichtigt werden muss (Beamer, Leinwand, Turnmatte, etc.). In der Online-Lehre stellen sich ähnliche Fragen. Dort entscheidet die/ der Lehrende mit welchem System, Programm und für welche Bedarfe er was einsetzt (Lernplattformen, Online-Konferenzraum). Auch die Verknüpfung von Online-Lehre mit Präsenzveranstaltungen wird bei diesem Aspekt berücksichtigt und geplant.

Zeitliche Aspekte

In formalen Bildungsangeboten sind die zeitlichen Vorgaben (Häufigkeit, Dauer, etc.) häufig festgelegt, dennoch gibt es auch hier Möglichkeiten der Entscheidung. So muss bspw. berücksichtigt werden, wann die Zielgruppe am besten für das jeweilige Angebot Zeit hat und ob z.B. Konkurrenztermine stattfinden.

Der zeitliche Aspekt berücksichtigt jedoch weitaus mehr als nur die Festlegung, wann das Bildungsangebot stattfindet. Bspw. gehört auch die Berücksichtigung von Betreuungszeiten von Lernenden dazu. Durch die Digitalisierung bieten sich hier auch Möglichkeiten der synchronen und asynchronen Kommunikation.

Nicht zuletzt ist insbesondere bei Online-Angeboten entscheidend, wann die Lernmaterialien freigeschaltet werden. Es kann didaktisch sinnvoll sein, bspw. in einem offenen Selbstlernkurs alle Materialien zu Beginn eines Kurses freizuschalten, damit die/der Lernende sich in ihrem/seinem eigenen Tempo das Wissen aneignen kann. Diese Vorgehensweise kann aber auch Lernende überfordern, da sie von dem Material „erschlagen“ werden. In diesem Fall wäre eine sogenannte Taktung, d.h. bspw. eine sequenzielle Freischaltung alle paar Tage, sinnvoller. Für welche Variante Lehrende sich entscheiden, hängt stark vom Angebot und von der Zielgruppe ab.

Soziale Aspekte

Lernen mit anderen Menschen durch Vortragen, Austauschen, Diskussionen, Nachahmen, etc. gehört ebenso zum Lernprozess wie das selbstgesteuerte Lernen. Lehrende haben bei der Planung von Bildungsangeboten einen großen Einfluss darauf, wie stark das Verhältnis zwischen Selbstlernphasen und gemeinsamen Lernphasen ist. Zu den sozialen Aspekten gehört zunächst einmal häufig die Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden, weitere Formen ist der Austausch unter Peers, oder auch das Lernen mit tutorieller Begleitung bis hin zum eigenständigen Lernen. Bei der Planung von Lernangeboten sollten Lehrende didaktisch begründet ihre Auswahl zur sozialen Interaktion treffen, hierbei muss man sich nicht ausschließlich für ein Szenario entscheiden, sondern kann auch während des Lernangebots wechseln (Kerres, 2018). Bsp. Beginnender Vortrag durch den Lehrenden, anschließende Gruppenarbeit mit den Mitlernenden, abschließende Selbstlernaufgabe für zu Hause.



Sehen Sie sich das verpflichtende 10-minütige Video zur [Konzeption von Bildungsangeboten](#) an.



e-tivity 11.6

Konzeptionieren Sie zu Ihrem Bildungsangebot die Lernorganisation und berücksichtigen Sie dabei die räumlichen, zeitlichen und sozialen Aspekte. Tragen Sie Ihr Arbeitsergebnis in das Wiki ein.



Prüfungsleistung und Abschlussaufgabe

Drehen Sie einen Screencast aus Ihrem didaktischen Konzept. Der Film sollte eine Länge von fünf Minuten nicht überschreiten und alle Aspekte beinhalten. Laden Sie diesen im Forum hoch.

7. Literaturverzeichnis

o. Autor (2006). Der "Nürnberger Trichter" – Ein Allheilmittel gegen die Dummheit. In: Kulturgut 1, 3-5. Online verfügbar: <https://journals.ub.uni-heidelberg.de/index.php/kulturgut/article/viewFile/18944/12749> (18.06.2018)

o. Autor (2018). Kognitivismus. Online verfügbar: <http://www.lernpsychologie.net/lerntheorien/kognitivismus> (24.05.2018)

Achtergarde, S., Petermann, F. & Petermann, U. (2006). Lernpsychologie, Paderborn Schöningh

Adobe Connect (2018). Adobe Connect. Online verfügbar: <https://www.adobe.com/de/products/adobeconnect.html>. (26.09.2018)

Bergstermann, A., Cendon, E., Flacke, L. B., Friedrich, A., Hiltergerke, C., Schäfer, M., Strazny, S., Theis, F., Wachendorf, N. M. & Wetzel, K. (2013). Handreichung Lernergebnisse: Theorie und Praxis einer outcomeorientierten Programmentwicklung. Berlin. Online verfügbar: https://www.pedocs.de/volltexte/2017/12984/pdf/Handreichung_Lernergebnisse_Teil_1_2013.pdf (15.05.2018)

Becker, N. (2009). Die Hirngespinnste der Pädagogik. In: Psychologie heute. 36(11), S. 72-77.

Becker, F., Friske, V., Meurer, C., Ostrowski, Y., Piezonka, S. & Werning E. (2010). Einsatz des Problemorientierten Lernens in der betriebswirtschaftlichen Hochschullehre, WiSt, 39(8), S. 366-371.

Bodenmann, G., Perrez, M. & Schär, M. (2016) Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie. Bern, Hogrefe, 2016

e-teaching.org (2006). Informelles Lernen. Online verfügbar:
https://www.e-teaching.org/didaktik/theorie/informelleslernen/In-formelles_Lernen_Langtext.pdf (15.03.2018)

e-teaching.org (2015a). Chat. Online verfügbar: <https://www.e-teaching.org/technik/kommunikation/chat> (27.09.2018)

e-teaching.org (2018). Etherpad. Online verfügbar: <https://www.e-teaching.org/technik/produkte/etherpadsteckbrief> (27.09.2018)

e-teaching.org (2015b). Forum. Online verfügbar: <https://www.e-teaching.org/didaktik/kommunikation/forum> (27.09.2018)

e-teaching.org (2015c). Wiki. Online verfügbar: <https://www.e-teaching.org/didaktik/kommunikation/wikis> (27.09.2018)

e-teaching.org (2019). Mahara. Online verfügbar: <https://www.e-teaching.org/technik/produkte/maharasteckbrief> (15.01.2019)

Felder, R. & Soloman, B. (o. J.). Learning styles and strategies. Online verfügbar <http://www.ncsu.edu/felder-public/ILSdir/styles.htm> (26.06.2018).

Gudjons, H. (2012). Lernen. In: Pädagogisches Grundwissen, S. 219-239, Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhard

Heinz Duden (2018): Didaktik und Methodik. Online verfügbar:
https://www.duden-didactica.de/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=76 (26.07.2018)

Kerres, M.(2013). Mediendidaktik. Konzeption und Entwicklung medien-gestützter Angebote, 4. Auflage, München: Oldenbourg Verlag

Kerres, M.(2018). Mediendidaktik. Konzeption und Entwicklung digita-ler Angebote, 5. Auflage, Oldenbourg: Walter DeGruyter.

Kerres, M. & de Witt, C. (2003). "A didactical framework for the design of blended learning arrangements. In: Journal for Educational Media 28,101-114.

Kolb, David A. (1985): Learning Style Inventory. Boston.

Looß, Maike (2001): Lerntypen? Ein pädagogisches Konstrukt auf dem Prüfstand. Online verfügbar: http://www.ifdn.tu-bs.de/didaktik-bio/mitarbeiter/looss/looss_Lerntypen.pdf

Mahara (2018): Mahara. Online verfügbar: <https://mahara.org/> (26.09.2017)

Moodle (2018). Moodle. Online verfügbar: <https://moodle.de/> (26.09.2018)

Moodle (2018a). Aufgabe. Online verfügbar: <https://docs.moodle.org/35/de/Aufgabe> (27.09.2018)

Moodle (2018b). Gegenseitige Beurteilung. Online verfügbar: [https://docs.moodle.org/35/de/Gegenseitige Beurteilung](https://docs.moodle.org/35/de/Gegenseitige_Beurteilung) (27.09.2018)

Moodle (2018c). Glossar. Online verfügbar: <https://docs.moodle.org/35/de/Glossar> (27.09.2018)

Pashler H, McDaniel M, Rohrer D, Bjork R. 2008). Learning Styles: Concepts and Evidence. Psychol Sci Public Interest 9(3),105-119. doi:10.1111/j.1539-6053.2009.01038.x

Siemens, G. (2005): Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age. Online verfügbar: http://www.itdl.org/journal/jan_05/article01.htm (12.01.2018)

Schmitt, G. (1999): Skript: Lernen und Verhaltensänderung. Universität Essen.

Schräder-Naef, R. (1994). Rationeller Lernen lernen, 18. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Stangl, W. (2005). Lernstile – Theoretische Modelle. Online verfügbar: <http://arbeitsblaetter.stangltaller.at/LERNEN/LernstileTheorien.shtml> (24.06.2018)

Stangl, W. (2018). Stichwort: 'Lernen'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik.

Online verfügbar: <http://lexikon.stangl.eu/551/lernen/> (15.03.2018)

Thompson, R. (2001). Das Gehirn: von der Nervenzelle zur Verhaltenssteuerung. 3. Auflage, Berlin: Springer Verlag

ZSB-Lernwerkstatt (o.J). SQ3R – Lesemethode. Online verfügbar:

https://uol.de/fileadmin/user_upload/studium/download/lernwerkstatt/MaterialienArbeitsblaetter/TippsStudium/Lesemethode_SQ3R.pdf (26.09.2018)



Impressum

Modulentwicklung:

Petra Kühnast

Grundlegende Überarbeitung des Begleithefts:

Tim Reiß, Juni 2020

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



e-tivity



Definition



Tipp



Information



Podcast



Video



Austausch

Inhalt

1. Willkommen.....	5
2. Überblick und Lernziele.....	5
1.1 Lernziele des Moduls	5
2.2 Warum ist das Modul Ethik und Gesundheit im Studiengang „Interprofessionelle Gesundheit – online“ so wichtig?	7
2.3 Ist in der Ethik nicht alles relativ?	9
3. Moral und Ethik	15
3.1 Ziele der Lerneinheit	15
3.2 Was ist Moral? Was ist Ethik?	15
4. Grundtypen ethischer Ar-gumentation	18
4.1 Ziele der Lerneinheit	18
4.2 Pflicht- und Folgenethik.....	18
5. Medizinethische Grund-prinzipien	23
5.1 Ziele der Lerneinheit	23
5.2 Die vier Grundprinzipien.....	24
6. Die Bedeutung des „informed consent“	30
6.1 Ziele der Lerneinheit	30
6.2 „Informed Consent“	31
7. Paternalismus	34
7.1 Ziele der Lerneinheit	34
7.2 Begriff und Problem des Paternalismus.....	35
7.3 Starker und schwacher Paternalismus.....	36
7.4 Autonomie als Recht und als Fähigkeit.....	37
8. Ethische Fallbesprechung I	41
8.1 Ziele der Lerneinheit	41
8.2 Strukturierte Falldiskussion nach Marckmann.....	41
9. Ethische Fallbesprechung II	44
9.1 Ziele der Lerneinheit	44
9.2 Eigenständige Falldiskussion	44
10. Gesundheitsbegriff(e).....	49
10.1 Ziele der Lerneinheit	49

10.2	Gesundheitsbegriff(e).....	49
10.3	Welche praktische Relevanz hat der Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff?.....	50
11.	Medizinethik und Ökonomie	53
11.1	Ziele der Lerneinheit	53
11.2	Effektivität und Effizienz	54
11.3	Rationalisierung und Rationierung.....	54
11.4	Zur Mehrdeutigkeit des Wirtschaftlich-keitsbegriffs	56
12.	Ethik am Ende des Lebens I.....	59
12.1	Ziele der Lerneinheit	59
12.2	„Sterbehilfe“	60
12.3	Geschichte der „Euthanasie“ bzw. „Sterbehilfe“	61
13.	Ethik am Ende des Lebens II.....	63
13.1	Ziele der Lerneinheit	63
13.2	„Sterbehilfe“: aktiv, passiv, indirekt	63
13.3	Positionen zur Sterbehilfe	65
14.	Vorbereitungen auf die Prüfungsleistung.....	68
14.1	Ziele der Lerneinheit	68
14.2	Teil 1.....	68
14.3	Teil 2.....	71

1. Willkommen

Das Modul Ethik und Gesundheit soll Sie mit einem breiten Spektrum an Themen in einen sehr spannenden und bedeutenden Komplex der Gesundheitsberufe einführen. Sie werden schon in den ersten Lerneinheiten die besonderen Herausforderungen und Verantwortungen Ihrer jeweiligen Berufsgruppen erfahren, reflektieren und entsprechend Handlungsempfehlungen ableiten können.

Ihre Auseinandersetzung mit den Inhalten des Moduls werden Sie befähigen, ethisch relevante Aspekte professionellen Handelns wahrzunehmen und über Wert- und Normvorstellungen kritisch zu reflektieren. Sie werden typische berufsethische Konflikte identifizieren können und die Kompetenz erwerben, in ethischen Konfliktsituationen begründete Abwägungen treffen zu können. Dabei spielt Ihre eigene kritische Beobachtung in Bezug auf Handlung und Prioritätensetzung im interprofessionellen Arbeitskontext eine besondere Rolle.

2. Überblick und Lernziele

1.1 Lernziele des Moduls

- Die Studierenden erkennen und verstehen die Relevanz ethischer Fragestellungen und die Bedeutung ethischer Reflexion in allen Bereichen der Medizin und des Gesundheitswesens.



- Die Studierenden erhalten einen Einblick in das breite Themenspektrum der Ethik. Sie werden mit Grundtypen ethischer Argumentation vertraut und mit den Grundprinzipien der Medizinethik vertraut gemacht.
- Die Studierenden werden in ein exemplarisches Modell der strukturierten Falldiskussion eingeführt und erwerben die Kompetenz, in Konfliktfällen verschiedene ethische Prinzipien begründet gegeneinander abzuwägen.
- Die Studierenden lernen verschiedene Gesundheits- und Krankheitsbegriffe und deren ethische Implikationen kennen.
- Die Studierenden erwerben die Kompetenz, medizinökonomische Überlegungen auf ihre ethische Verantwortbarkeit hin zu reflektieren.
- Die Studierenden werden exemplarisch in ein gegenwärtig hochkontroverses Thema der Medizin- und Gesundheitsethik eingeführt („Ethik am Ende des Lebens“).
- Die Studierenden erkennen die Unverzichtbarkeit einer Auseinandersetzung mit den historischen Hintergründen ethischer Kontroversen und können begründen, warum eine kritische Erinnerungskultur wichtig ist.
- Studierende des Studiengangs Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online werden grundsätzlich im interprofessionellen Austausch, im Verstehen von berufsspezifischen Anliegen und Problemlösungen, bei der interprofessionellen Teamarbeit und im Verständnis für die Komplexität des Themas Ethik gefördert.

2.2 Warum ist das Modul Ethik und Gesundheit im Studiengang „Interprofessionelle Gesundheit – online“ so wichtig?

Die Sorge um die Gesundheit und das Wohlergehen von Patient*innen sind elementarer Bestandteil professioneller Handlungen der Mitarbeiter*innen in den Gesundheitsberufen. Sie, die Studierenden des Studiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“, sind die *Expert*innen* in Ihren beruflichen Kontexten. Was aber haben die Gesundheitsprofessionen mit Ethik zu tun?

Schauen wir uns zunächst ein ganz alltägliches Fallbeispiel an:

Fallbeispiel

Frau Meier, berufstätige Mutter, kommt in die Praxis. Die Ärztin diagnostiziert einen viralen Erkältungsinfekt. Frau Meier besteht darauf, ein Antibiotikum verschrieben zu bekommen, denn sie müsse angesichts ihrer beruflichen und familiären Doppelbelastung „unbedingt so schnell wie möglich wieder fit werden.“

Welche Fragen lassen sich in diesem Fall **allein** durch medizinische Expertise klären? Es lässt sich medizinisch relativ klar feststellen, dass eine Behandlung mit Antibiotika bei einem viralen Infekt nicht angezeigt ist. Für die gewünschte Behandlung besteht also keine medizinische Indikation.

Was sich allerdings nicht ausschließlich durch medizinische Expertise beantworten lässt, ist die Frage, was die Ärztin im Fallbeispiel tatsächlich tun **sollte**. Sollte Sie die von der Patientin eingeforderte Behandlung verweigern, weil keine Indikation besteht? Was ist, wenn die Patientin über die fehlende Indikation aufgeklärt wird und gleichwohl auf der Behandlung mit Antibiotika besteht? Sollte die Ärztin dann nachgeben und den Wunsch der Patientin erfüllen (vielleicht insgeheim mit der Hoffnung auf einen Placebo-Effekt)? *Diese* Fragen sind nicht mehr im engeren Sinn medizinische, sondern **ethische** Fragen, etwa nach dem Verhältnis von Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgeverpflichtung.

Das heißt: Durch medizinische Expertise lässt sich klären, was Behandelnde in einer bestimmten Situation tun **können**, um Gesundheit und Wohlergehen ihrer Patient*innen zu verbessern. Ethische Expertise ist nötig, um die Frage zu klären, ob die Behandelnden das, was sie tun können, auch tun **sollten** – bzw. unter welchen Bedingungen sie das, was sie tun können, **ethisch verantworten** können.

Kurzdefinition

Ethische Fragestellungen betreffen alle diejenigen Aspekte, die sich *nicht ausschließlich durch medizinische Expertise* klären lassen.

Es ist eine medizinische Frage, welche Handlungsoptionen überhaupt zur Verfügung stehen.

Die Ethik fragt danach, welche der möglichen Handlungsoptionen **verantwortbar** ist.



Medizinische Expertise ist unverzichtbar. Gleichwohl ist sie zur Beantwortung mancher Fragen nicht ausreichend. Es ist eine *medizinische* Frage, ob eine Behandlung indiziert ist oder nicht. Es ist aber eine *ethische* (und auch rechtliche) Frage, ob und unter welchen Bedingungen eine indizierte Behandlung durchgeführt werden sollte. Eine ethische Fragestellung wäre z.B.: Gibt es Situationen, in denen es richtig ist, eine Behandlung auch gegen den Willen / ohne Zustimmung der Patient*in durchzuführen? – Es ist eine *medizinische* Frage, welchen therapeutischen Zusatznutzen ein neues Medikament gegenüber dem Standardpräparat erzielt. Es ist eine *ethische* Frage, ob es erlaubt sein kann, einer Patient*in das sehr teure neue Medikament aus Kostengründen vorzuenthalten und ihr stattdessen nur das Standardmedikament zu geben.

2.3 Ist in der Ethik nicht alles relativ?

Die Ethik fragt also danach, welche Handlungsweisen verantwortbar bzw. **moralisch richtig** sind. Hier drängt sich gleich ein grundlegender Einwand auf: Wie soll das gehen, **moralische Überzeugungen zu begründen**? Sind diese nicht immer relativ und eine ganz persönliche Sache, über die man gar nichts allgemeinverbindliches aussagen kann?

Auf diesen – intuitiv zunächst plausiblen – Einwand lässt sich folgendes antworten:



- Der Eindruck, wir hätten alle ganz unterschiedliche moralische Ansichten, täuscht. Uns fällt es nämlich stärker auf, wenn wir in einer bestimmten Sache nicht einer Meinung sind. Es gibt aber eine **ganze Reihe moralischer Grundsätze**, die wir eigentlich **alle akzeptieren**, etwa, dass es falsch ist, jemandem Schmerzen zufügen, oder dass es geboten ist, jede Patient*in vor jedem Eingriff hinreichend aufzuklären. Der Eindruck, Moral sei relativ, entsteht daraus, dass wir Unterschiede einfach stärker wahrnehmen als Gemeinsamkeiten.
- Wenn wir eine bestimmte moralische Überzeugung besitzen, dann gehen wir davon aus, dass sie prinzipiell auch **von allen anderen geteilt werden** sollte. Wir behandeln unsere moralischen Überzeugungen nicht wie bloß persönliche Ansichten. Wenn wir die Überzeugung haben, dass es moralisch falsch ist, Kinder zu schlagen, dann haben wir auch die Überzeugung, dass es richtig wäre, wenn alle anderen diese Überzeugung teilen würden. – Das ist ein entscheidender **Unterschied** zu solchen Überzeugungen, die die **eigene Lebensführung** betreffen („Sollte ich Kinder bekommen?“, „Sollte ich mich langfristig binden?“). Solche Überzeugungen müssen nicht allgemein teilbar sein.
- Wenn moralische Ansichten tatsächlich völlig relativ wären, dann hätten sie im Grunde den Status bestimmter subjektiver Präferenzen unter anderen Präferenzen. Es besteht aber zwischen moralischen Überzeugungen und bloßen Präferenzen ein gravierender Unterschied. Wenn ich die Präferenz habe, lieber Vanille- als Schokoeis zu essen, dann ist es mir (in der Regel) völlig egal, welches Eis andere Personen lieber essen. Es wäre auch sinnlos, einen Streit darüber anzufangen, ob nun Vanilleeis oder Schokoeis die „objektiv“ besser schme-

ckende Eissorte ist. Wenn ich allerdings die moralische Überzeugung habe, dass es falsch ist, Kinder zu schlagen, dann glaube ich, dass das nicht nur für mich gilt, sondern für alle gelten sollte. – Es ist sinnlos, darüber in Streit zu geraten, welche Eissorte „objektiv“ besser ist. Wenn allerdings jemand der Meinung ist, es sei richtig, Kinder zu schlagen, dann würden wir widersprechen (und nicht einfach denken: „Interessant, da hat jemand eine andere Präferenz als ich selbst.“). Wenn wir einen Streit anfangen, dann setzen wir aber voraus, dass es prinzipiell Gründe dafür gibt, warum es falsch ist, Kinder zu schlagen, die auch die Opponentin überzeugen müssten. Sonst wäre jeder Streit sinnlos. **Insofern ist gerade die Tatsache, dass wir uns manchmal darüber streiten, welche Handlung moralisch richtig ist, kein Argument für, sondern ein Argument gegen den moralischen Relativismus.**



Das Modul Ethik und Gesundheit im Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ ist wichtig, weil

...

- ethische Fragestellungen und deren Beantwortung in der täglichen Praxis der Gesundheitsberufe von besonderer Relevanz sind.
- unterschiedliche Fachdisziplinen von ihrem jeweiligen Wissen lernen sollen.
- sich das Handlungsspektrum der Gesundheitsberufe erweitert und sich daraus ethische Fragestellungen ergeben.



Selbststudium 1

Lesen Sie zur Vertiefung den bereitgestellten Text von Robert Spaemann, Moralische Grundbegriffe, Kap. 1!



(1) e-tivity

- Ziel der e-tivity ist es, Grundlagen zur Ethik der eigenen und anderer Berufsgruppen zu kennen.

Recherchieren Sie auf den Webseiten Ihrer Berufsverbände nach Beiträgen, die Ethik thematisieren.

- Welche Beiträge werden zur Ethik veröffentlicht?
- Gibt es in Ihrem Berufsfeld eine Ethikkommission?
- Gibt es Vorschriften, Leitlinien, Kodizes oder Reglementierungen?



Folgen Sie den Schritten auf der Lernplattform. Hier sehen Sie ein Schema für die Bearbeitung.

Beiträge	Vorhanden Quelle	/ Nicht vorhanden / Kommentar
Ethikkommission		
Leitlinien		
Vorschriften		
Reglementierungen		
Kodizes		

Literatur

Sie werden hier und in den folgenden Kapiteln am Ende jeweils nochmals den Verweis auf die im Selbststudium zu erarbeitende **Pflichtlektüre** finden sowie ggf. dazu noch einige Hinweise auf **vertiefende und weiterführende Literatur**.

Pflichtlektüre

Spaemann, Robert: *Moralische Grundbegriffe*. München 2004, Kap. 1, S. 11-23.



Vertiefende Literatur zum Einstieg und zu allgemeinen Fragen der (Medizin- und Gesundheits-)Ethik

Hier möchte ich Ihnen noch einige Einführungen bzw. Handbücher empfehlen, die Sie für den Kurs insgesamt gut nutzen können:

Henning, Tim: Allgemeine Ethik. Paderborn 2019. [als e-book vorhanden]



Hick, Christian (Hrsg.): *Klinische Ethik*. Heidelberg: Springer 2007.

Hübner, Dietmar: Einführung in die philosophische Ethik. 2. Aufl. Göttingen 2018 [als e-book vorhanden]

Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart 2017.



Marckmann, Georg (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin 2015.

Nida-Rümelin, Julian u.a. (Hrsg.): Handbuch Philosophie und Ethik. 2. Aufl. Stuttgart 2017. [als e-book vorhanden]

Schröder-Bäck, Peter / Kuhn, Joseph (Hrsg): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim/Basel 2016, S. 81-90.

Spaemann, Robert: *Moralische Grundbegriffe*. München 2004.

Wiesing, Urban (Hrsg.): *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. 4. Aufl. Stuttgart: Reclam 2012.

3. Moral und Ethik

Im Alltagssprachgebrauch werden die Begriffe „Moral“ und „Ethik“ häufig synonym verwendet. In der wissenschaftlichen Ethik hat sich allerdings eine wichtige Differenzierung zwischen beiden Begriffen im Sprachgebrauch durchgesetzt, die wir in dieser Einheit kennenlernen wollen. Diese Unterscheidung zu verstehen wird nochmals dabei helfen, zu klären, worin die Aufgabe der Ethik als wissenschaftlicher Disziplin eigentlich besteht.

3.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ die Begriffe Moral und Ethik definieren und sicher unterscheiden können,
- ✓ die Unterscheidung zwischen deskriptiver Ethik, normativer Ethik und Metaethik verstehen und anwenden können,
- ✓ im Besonderen die Aufgabe der normativen Ethik kennenlernen, moralische Urteile zu begründen und kritisch zu befragen.

3.2 Was ist Moral? Was ist Ethik?



Zur Unterscheidung zwischen ‚Moral‘ und ‚Ethik‘ sehen Sie sich bitte die [Vorlesung](#) von Prof. Dr. Dietmar Hübner an (ab Min 12:05). Sie können das auch nochmals kurz nachlesen in dem Buch von Dietmar Hübner, *Einführung in die philosophi-*

sche Ethik, 2. Aufl. Göttingen 2018 (als e-book an der Hochschule zugänglich!), Kap. 1, S. 11-23. Bitte beantworten Sie kurz folgende Fragen:

Selbststudium 2

Formulieren Sie nochmals in eigenen Worten den Unterschied zwischen Moral und Ethik!

Tragen Sie ihre Ideen in diese Tabelle auf der Lernplattform fortlaufend ein:

Moral	Ethik
.....



Materialien zur Vertiefung

Eine reichhaltige Fundgrube ist das „Funkkolleg Philosophie“, dessen Folgen und Zusatzmaterialien Sie finden auf:

<http://funkkolleg-philosophie.de/>

Insbesondere Folge 8 des Funkkollegs ist für unser Seminar relevant, und Sie finden hierzu eine Menge Zusatzmaterialien unter: <http://funkkolleg-philosophie.de/zusatzmaterialien-zur-folge-08/>

Stöbern Sie doch einmal selbst je nach Ihren besonderen Interessen in den Zusatzmaterialien zum Funkkolleg!

Vertiefende Literatur

Henning, Tim: *Allgemeine Ethik*. Paderborn 2019. [als e-book vorhanden], Kap. 1, S. 11-28.



Hübner, Dietmar: *Einführung in die philosophische Ethik*. 2. Aufl. Göttingen 2018 [als e-book vorhanden], Kap. 1, S. 11-23.

4. Grundtypen ethischer Argumentation

Wir haben in der letzten Einheit gesehen, dass der Anspruch der normativen Ethik darin besteht, moralische Urteile zu begründen. Wir wollen uns in dieser Einheit nun damit beschäftigen, wie das überhaupt gehen soll – moralische Urteile zu begründen. Wir wollen die **Haupttypen ethischer Argumentation** im Allgemeinen kennenlernen.

4.1 Ziele der Lerneinheit

Die Lernenden sollen:

- ✓ einen ersten Einblick in die Struktur ethischer Argumentationen erhalten,
- ✓ die Unterscheidung zwischen deontologischen (pflichtethischen) und konsequentialistischen (folgenethischen) Argumentationsmodellen kennenlernen sowie ihre Stärken und Schwächen kennenlernen.

4.2 Pflicht- und Folgenethik

Eine der prominentesten Unterscheidungen in der Ethik ist die Unterscheidung zwischen einem **pflichtethischen (deontologischen)** und einem **konsequentialistischen (folgenethischen)** Argumentationstyp.





Der **Konsequentialismus** behauptet, dass das Kriterium dafür, ob eine Handlung moralisch richtig ist, darin liegt, ob **die Folgen der Handlung für alle Betroffenen aus der Sicht einer unparteiischen Beobachterin maximal gut sind** (ob die Handlung den größten Nutzen stiftet).



Eine **deontologische** Theorie behauptet demgegenüber, dass es **Normen oder Regeln gibt, die zu befolgen geboten sind, und zwar *unabhängig* davon**, ob dies im Einzelfall für alle den größten Nutzen bringt.

Die Deontolog*in geht davon aus, dass es allgemeingültige Regeln gibt („Lügen ist falsch“, „Stehlen ist falsch“). Die Konsequentialistin kann so etwas nicht sagen, sondern muss die Auskunft geben: „Kommt immer darauf an. In manchen Situationen ist Lügen falsch, in manchen ist Lügen richtig oder sogar geboten, wenn nämlich der Gesamtnutzen aller Betroffenen durch die Lüge verbessert wird.“

Ein typisch deontologisches Argument ist in der Medizinethik bspw., dass Töten eine **in sich schlechte Handlung** ist und darum **ausnahmslos und immer verboten** (dieser Auffassung zufolge darf man „aktive Sterbehilfe“ unter keinen Umständen zulassen).

Die bekannteste Form des Konsequentialismus ist der **Utilitarismus**. Ein typisch utilitaristisches Argument wäre die (hochumstrittene) Auffassung, knappe medizinische Ressourcen sollten zuvörderst denen zugutekommen, bei denen

der gesundheitliche Nutzen bzw. die **Erfolgsaussicht** der Behandlung am größten ist (und nicht denen, die der Behandlung am dringendsten bedürfen).

Den Unterschied zwischen deontologischen und konsequentialistischen Auffassungen kann man sich gut an den sog. „Trolley-(Straßenbahn-)Fällen“ verdeutlichen, die ursprünglich von der Moralphilosophin Philippa Foot entwickelt worden sind (und zu denen es mittlerweile ganze Bücher gibt). Zwei der bekanntesten „Trolley-Fälle“ sind die folgenden beiden (im Folgenden zitiert aus Henning, Allgemeine Ethik, Paderborn 2019, S.106f.).

Trolley-Fall: Weiche

Ein Straßenbahnwagen ist außer Kontrolle und nicht zu bremsen. Der Fahrer ist außer Gefecht gesetzt. Wir [...] stehen außerhalb, neben einer Weiche. Auf dem Gleis vor dem Trolley befinden sich fünf Personen, die nicht ausweichen können. Unternehmen wir nichts, müssen die fünf sterben. Betätigen wir die Weiche, können wir den Wagen auf ein Nebengleis lenken. Auf dem Nebengleis befindet sich eine Person, die wir töten würden.

aus: Henning, Allgemeine Ethik, S. 106.

Welche spontanen Gedanken haben Sie beim Lesen dieses Fallbeispiels? Haben Sie eine Idee, wie eine Konsequentialist*in und wie eine Pflichtethiker*in den Fall beurteilen würde?

Die Trolley-Fälle sind nicht nur gut geeignet, um sich den Unterschied zwischen Pflicht- und Folgenethik klar zu machen.

Sie eignen sich auch gut dazu, die *spezifische Problematik utilitaristischer Argumentationsweisen* zu erkennen.

Überlegen Sie selbst, ob in dem folgenden Fallbeispiel die Anwendung des utilitaristischen Kriteriums moralischer Richtigkeit („Richtig ist die Handlung, die den Gesamtnutzen maximiert.“) einleuchtend oder akzeptabel sein könnte:

Trolley-Fall: Brücke

Ein Straßenbahnwagen ist außer Kontrolle und nicht zu bremsen. Der Fahrer ist außer Gefecht gesetzt. Auf dem Gleis befinden sich fünf Personen, die nicht ausweichen können. Unternehmen wir nichts, müssen die fünf sterben. Wir stehen auf einer Brücke. Neben uns steht eine sehr schwere Person. Wenn wir sie auf das Gleis werfen, würde sie sterben, aber ihr Körper wäre – anders als unser Körper – schwer genug, um den Trolley zu bremsen und die fünf zu retten.

aus: Henning, Allgemeine Ethik, S. 107.



Selbststudium (fakultativ)

Die Trolley-Fälle gibt es mittlerweile in diversen Variationen und es gibt sehr viele unterschiedliche Interpretationen, was diese Fälle eigentlich zeigen können. Wenn Sie daran Interesse haben, lesen Sie das sehr gut zugängliche und übersichtliche Kapitel in dem Buch von Tim Henning, Allgemeine Ethik, Kap. 5 („Eine kleine Trolley-Kunde“), S. 103-118.



(2) e-tivity: Die Moralmaschine

Sehr viele den Trolley-Fällen ähnliche Szenarien spielen auch eine Rolle in der Diskussion um die „ethischen Regeln“, die man selbstfahrenden Autos einprogrammieren sollte: Angenommen, die Bremsen versagen und das Auto rollt auf ein Hindernis zu, was den Tod der beiden Insassen zur Folge hätte, sollte das Auto dann auf die Gegenseite wechseln, wo es einen Fußgänger überfahren wird? Macht es einen Unterschied, ob der Fußgänger bei Rot geht oder wie alt die Beteiligten sind?

Am Massachusetts Institute for Technology (MIT) haben Forscher die „Moralmaschine“ entwickelt, mit der Sie Ihre eigenen moralischen Intuition prüfen können! Gehen Sie auf die Seite

<https://www.moralmachine.net/hl/de>

und prüfen Sie Ihre Intuitionen!



Vertiefende Literatur

Birnbacher, Dieter: „Konsequenzialismus“, in: Schröder-Bäck, Peter / Kuhn, Joseph (Hrsg): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim/Basel 2016, S. 62-71.

Henning, Tim: Allgemeine Ethik. Paderborn 2019, Kap. 5, S. 103-118. **[als e-book vorhanden]**

Rothaar, Markus / Hähnel, Martin: „Deontologie“, in: Schröder-Bäck, Peter / Kuhn, Joseph (Hrsg): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim/Basel 2016, S. 72-80.

5. Medizinethische Grundprinzipien

5.1 Ziele der Lerneinheit

Die Lernenden sollen:

- ✓ die vier medizinethischen Grundprinzipien (Wohltun/Fürsorge, Nichtschaden, Autonomie/Selbstbestimmung, Gerechtigkeit) kennenlernen,
- ✓ die praktische Bedeutung der vier Grundprinzipien verstehen,
- ✓ für das Problem einer möglichen Kollision von Prinzipien sensibilisiert werden.



Selbststudium 3

Lesen Sie bitte zunächst den bereitgestellten Text von Marckmann, Georg: „Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin“. In diesem Text finden Sie zum einen nochmals eine Erläuterung der Unterscheidung zwischen deontologischen und konsequentialistischen Moralauffassungen, die Sie in der letzten Einheit bereits kennengelernt haben, sowie eine Einführung in die vier Grundprinzipien der Medizinethik.

5.2 Die vier Grundprinzipien

Ganz unabhängig von dem „Grundlagenstreit“ zwischen Pflicht- und Folgenethik besteht in der Medizinethik ein **allgemeiner Konsens über vier Grundprinzipien**, die bei **jeder** ethischen Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sind. Dieses Prinzipienmodell geht auf einen modernen „Klassiker“ der Medizinethik zurück, das ungemein einflussreiche Buch von Tom L. Beauchamp und James F. Childress *Principles of Biomedical Ethics* (erschieden zuerst 1979, seitdem in immer wieder neuen Auflagen). Die vier Grundprinzipien sind seit längerem so etwas wie die allgemein akzeptierte „Währung“ in der Medizinethik.

Vier Grundprinzipien



Autonomie / Selbstbestimmung: „Achte die Autonomie bzw. das Selbstbestimmungsrecht einer jeden Patient*in!“

Nichtschaden: „Füge der Patient*in keinen Schaden durch die Behandlung zu!“

Fürsorge / Wohlergehen: „Wähle diejenige Behandlungsoption, die im Hinblick auf das Wohlergehen der Patient*in am besten geeignet ist!“

Gerechtigkeit: „Verteile knappe medizinische Ressourcen nicht willkürlich!“

Dass diese vier Prinzipien ethisch von hoher Relevanz sind, ist vollkommen unstrittig. Was im Einzelfall aber durchaus

strittig sein kann, ist das relative Gewicht der Prinzipien und die Frage, wie man damit umgeht, wenn im konkreten Fall eine Kollision zwischen diesen Prinzipien bzw. den durch sie generierten Verpflichtungen auftritt.



Es handelt sich bei den vier Prinzipien nämlich um sogenannte **prima-facie-Verpflichtungen** („auf den ersten Augenschein“): Das heißt, die Verpflichtung gilt grundsätzlich, solange sie nicht durch eine entgegenstehende Verpflichtung übertrumpft wird. Wir werden uns noch im Zusammenhang der strukturierten Falldiskussion genauer damit beschäftigen, wie im Kollisionsfall eine **begründete Abwägung** aussehen könnte.



(3) e-tivity

Lesen Sie bitte die zunächst die folgende Fallgeschichte.

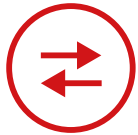
„**Einrichtung einer Betreuung bei Magersucht?**“ (aus: Maio, Mittelpunkt Mensch, Stuttgart 2017, S. 161)

„Eine 28-jährige Patientin wird zur Behandlung einer langjährig bestehenden schweren Anorexia nervosa („Magersucht“) in einer Klinik für Psychosomatik aufgenommen. In den letzten Jahren hatte sich die Patientin mehrfach in stationäre Behandlung begeben, ohne dass dabei eine nennenswerte Gewichtszunahme erzielt werden konnte. Zurzeit befindet sich die Patientin in einem kritischen Zustand mit einer Kachexie (extreme Abmagerung), was der Grund für die erneute Einweisung war. Eine akute Lebensbedrohung besteht momentan nicht, aber das Behandlungsteam hat Sorge, dass es im Fall einer Entlassung der Patientin zu einer sehr raschen Verschlechterung des Gesamtzustandes kommen könnte. Das gilt

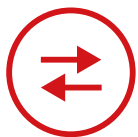
umso mehr, als die Patientin allein lebt und zu Hause zu verwahrlosen droht. Das Behandlungsteam bestellt eine Ethikberatung ein, um zu klären, ob es in diesem Fall gerechtfertigt sei, eine Zwangsernährung vorzunehmen, um die Patientin in einen stabileren Zustand zu versetzen, oder ob eine Betreuung eingerichtet werden könnte, um eine etwaige lebensbedrohliche Verwahrlosung der Patientin zu verhindern.“

Wenn Sie die Fallgeschichte gelesen haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

- Welche spontanen Gedanken haben Sie beim Lesen der Fallgeschichte?
- Worin genau besteht der ethische **Konflikt**?
- Worauf würden die vier Grundprinzipien jeweils **für sich** verpflichtet?
- Gibt es eine **Kollision** zwischen verschiedenen Prinzipien? Wenn ja, zwischen welchen?
- Falls es eine Kollision zwischen verschiedenen Prinzipien gibt: Gibt es im konkreten Fall Gründe, einem der Prinzipien den **Vorrang** zu geben?
- Was müsste sich in der Fallgeschichte **ändern**, damit Sie zu einer anderen Bewertung kämen?
- Was ist der **stärkste Einwand**, den Sie selbst gegen die von Ihnen favorisierte Handlungsoption gelten machen könnten?



Stellen Sie Ihre Antworten im Gruppenforum zur Diskussion und kommentieren Sie mindestens einen Antwortvorschlag einer Kommiliton*in!



Quiz der Kapitel 1 bis 4

Einführung in die Ethik
Testfragen

1. Die Begriffe ‚Ethik‘ und ‚Moral‘ werden üblicherweise so verstanden:

- a) Sie bedeuten dasselbe.
- b) Ethik ist die (wissenschaftliche) Beschäftigung mit und Reflexion auf Moral.
- c) Ethik ist subjektiv, Moral objektiv.

2. Handelt es sich bei den folgenden Behauptungen um solche der (a) deskriptiven Ethik, der (b) normativen Ethik oder der (c) Metaethik?

- 1. Ärzt*innen sollten ihre Patient*innen vor jedem Eingriff aufklären.
- 2. Die meisten Ärzt*innen sind davon überzeugt, dass sie ihre Patient*innen aufklären sollten.
- 3. Eine urteilsfähige Patient*in hat das Recht, auch indizierte Eingriffe abzulehnen.
- 4. In der Ethik gibt es kein Richtig und Falsch.
- 5. Auch in der Ethik gibt es gut begründete und schlecht begründete Auffassungen.

3. Eine deontologische Ethik (Pflichtethik) geht davon aus,

- a) dass es keine allgemeingültigen moralischen Regeln gibt,
- b) dass sich die moralische Bewertung einer Handlung nicht ausschließlich auf die Handlungsfolgen bezieht,
- c) die moralische Bewertung einer Handlung oder Unterlassung sich auf die beabsichtigten und tatsächlichen Handlungsfolgen bezieht

4. Der Utilitarismus ist eine Form der

- a) Tugendethik
- b) Folgenethik
- c) Pflichtethik.

5. Welche der folgenden Behauptungen sind charakteristisch für den Utilitarismus?

- a) Bei der moralischen Bewertung einer Handlung kommt es auf den Gesamtnutzen an, der doch die Handlung bewirkt wird.
- b) Bei der moralischen Bewertung einer Handlung kommt es immer nur auf die beabsichtigten Handlungsfolgen an.
- c) Bei der moralischen Bewertung einer Handlung kommt es darauf an, ob die Handlung an sich gut oder schlecht ist.

6. Die vier medizinethischen Grundprinzipien sind:

- a) Autonomie, Fürsorge, Wohltun, Gerechtigkeit
- b) Autonomie, Selbstbestimmung, Fürsorge, Gerechtigkeit
- c) Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden, Gerechtigkeit
- d) Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden, Effizienz.

Pflichtlektüre



Marckmann, Georg: „Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin“, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin 2015, S. 15-22.

Vertiefende Lektüre



Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart 2017, Kap. 11 („Prinzipienethik“), S. 157-173.

Schöne-Seifert, Bettina: „Prinzipien und Theorien in der Medizinethik“, in: Ach, Johann S. / Bayertz, Kurt / Siep, Ludwig (Hrsg.): *Grundkurs Ethik. Band II: Anwendungen*. Paderborn 2011, S. 9-21.

6. Die Bedeutung des „informed consent“

Die moderne Medizinethik ist – wir kommen in der nächsten Lerneinheit darauf noch ausführlich zurück – ein großes Stück weit als Gegenbewegung zur traditionellen ärztlichen Ethik entwickelt worden, die sehr paternalistisch orientiert war. Ein zentrales Kernstück der modernen Medizinethik ist deshalb der sog. „informed consent“ (informierte Einwilligung): Behandlungen sind im Grundsatz nur zulässig – dies gilt ethisch wie rechtlich –, wenn die Patient*in ihr nach Aufklärung zugestimmt hat. Ausnahmen von diesem Grundsatz bedürfen immer einer besonderen Rechtfertigung.

6.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ den Begriff und die Bedeutung des „informed consent“ kennen,
- ✓ Kriterien aufstellen können, die eine Einwilligung erfüllen muss, um als informierte Einwilligung zu gelten,
- ✓ über Grenzsituationen reflektieren können, in denen kein „informed consent“ eingeholt werden kann.



6.2 „Informed Consent“

Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit ein medizinischer Eingriff ethisch verantwortbar (und rechtlich zulässig) ist? Ers-
tens: Es muss eine *Indikation* für diesen Eingriff geben. Zwei-
tens: Die Durchführung des Eingriffs muss *dem Willen der Pa-*
*tient*in* entsprechen. (Und drittens: Der Eingriff wird *lege artis*
durchgeführt.) Beide Bedingungen sind im Grundsatz jeweils
für sich notwendige, aber *nur zusammengenommen* hinrei-
chende Bedingungen der Verantwortbarkeit eines Eingriffs.
Das heißt: Daraus, dass ein Eingriff indiziert ist, folgt noch
nicht, dass es ethisch erlaubt ist, ihn durchzuführen. Die Pati-
ent*in muss dem Eingriff vielmehr nach *hinreichender Aufklä-*
rung zustimmen („informed consent“). Umgekehrt ist es im
Grundsatz aber auch nicht richtig, einen Eingriff durchzufüh-
ren, den die Patient*in verlangt, wenn es für den Eingriff keine
Indikation gibt.

Selbststudium 3



Es reicht für die Zulässigkeit eines medizinischen Eingriffs nicht
aus, wenn es *irgendeine* Zustimmung der Patient*in gibt. Beispiels-
weise kann eine Einwilligung dann keine rechtfertigende Kraft ha-
ben, wenn die einwilligende Patient*in überhaupt nicht weiß oder
verstanden hat, *worin* sie eigentlich einwilligt. Versuchen Sie zu-
nächst für sich in Stichpunkten zu notieren, was Sie denken, welche
Bedingungen eine Einwilligung erfüllen muss, damit sie als wirklich
freie und „informierte Einwilligung“ gelten kann? Lesen Sie dann
anschließend dazu **Maio, Mittelpunkt Mensch, S. 202-207** und

vergleichen Sie die dort aufgeführten Kriterien, die eine Einwilligung aufweisen muss, mit Ihren Notizen. Notieren Sie sich Abweichungen, Fragen und Anmerkungen!



(4) e-tivity

Tauschen Sie sich im interprofessionellen Gruppenforum über folgende Fragen aus (und recherchieren Sie ggf. im Internet und/oder der angegebenen Literatur):

- Gibt es Situationen, in denen vom Grundsatz der informierten Einwilligung **abgewichen** werden darf? Denken Sie bspw. an die Notfallmedizin.

- Was bedeutet der Begriff des „**mutmaßlichen Willens**“?
- Welche Bedeutung hat der „informed consent“ in **Ihrer beruflichen Praxis**, welche besonderen Schwierigkeiten gibt es dabei möglicherweise?



Diskutieren Sie, inwiefern **kosmetische Chirurgie** oder medizinische Eingriffe, die primär oder ausschließlich der **Leistungssteigerung** dienen, vor dem Hintergrund der oben geschilderten Kriterien für die Verantwortbarkeit eines Eingriffs problematisch sind!



Pflichtlektüre

Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart 2017, Kap. 14 („Die Arzt-Patient-Beziehung und das Prinzip der Autonomie“), S. 201-208.



Vertiefende Literatur



Vollmann, Jochen: *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik*. Stuttgart: Kohlhammer 2008.

7. Paternalismus

Die traditionelle ärztliche Ethik kannte den Grundsatz: „salus aegroti suprema lex“ (die Gesundheit der Kranken sei oberstes Gesetz meines Handelns). Es ist immer wieder kritisiert worden, dass die traditionelle medizinische Ethik **paternalistisch** ausgerichtet gewesen ist: Die Behandelnden wissen am besten, was für die Patient*in gut ist, wobei der Wille der Patient*in nur eine untergeordnete Rolle spielte. Diese paternalistische Haltung hat man im Laufe der Zeit zunehmend als problematisch empfunden.

7.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ den Begriff des Paternalismus kennen und anwenden können,
- ✓ für paternalistische Handlungen in Medizin und Gesundheitswesen sensibilisiert werden,
- ✓ den Grundkonflikt zwischen Fürsorge und Autonomie-Prinzip verstehen und zu einer begründeten Abwägung im Einzelfall in der Lage sein,
- ✓ die Unterscheidung zwischen starkem und schwachem Paternalismus kennen.

7.2 Begriff und Problem des Paternalismus



Wann gilt eine Handlung als paternalistisch? Kurz gesagt sind paternalistische Handlungen solche **Handlungen, die in die Freiheit einer Person eingreifen oder ihren Willen übergreifen, und dies in der Absicht tun, das Wohlergehen derjenigen Person zu sichern oder zu steigern, in deren Freiheit man eingreift oder deren Willen man übergeht.** Diese Definition von paternalistischen Handlungen ist zunächst *ethisch neutral*, d.h. sie besagt nur, wann eine Handlung als paternalistisch *bezeichnet* werden kann. Damit ist noch nichts darüber gesagt, ob und unter welchen Umständen solche Handlungen richtig oder falsch sind.

Gegenüber erwachsenen, urteilsfähigen Patient*in gelten paternalistische Handlungen normalerweise als **falsch oder zumindest in höchstem Maße problematisch**. Doch können Sie sich vorstellen, dass es auch Situationen gibt, in denen ausnahmsweise eine paternalistische Handlung ethisch erlaubt oder sogar geboten sein könnte?

(5) e-tivity



Überlegen Sie sich Beispiele für Handlungen (am besten aus **Ihrem beruflichen Kontext!**), und zwar für:

- (a) Handlungen, die Sie paternalistisch nennen würden, bei denen Sie sich *sicher* sind, dass sie *falsch* sind,
- (b) Handlungen, die Sie paternalistisch nennen würden, bei denen Sie sich *sicher* sind, dass sie *richtig* sind,

(c) Handlungen, die Sie paternalistisch nennen würden, bei denen Sie *unsicher* sind, ob sie falsch oder richtig sind.

Machen Sie sich dazu Notizen und überlegen Sie, ob sich aus Ihren Beispielen Kriterien dafür gewinnen lassen, wann paternalistische Handlungen richtig und wann sie falsch sind.



7.3 Starker und schwacher Paternalismus

Situationen, in denen überlegt werden muss, ob eine paternalistische Handlung gerechtfertigt oder sogar geboten sein könnte, sind durch einen **Konflikt zwischen Autonomie- und Fürsorgeprinzip** charakterisiert. Während wir paternalistische Handlungen gegenüber erwachsenen, urteilsfähigen Patient*innen in den allermeisten Fällen oder sogar ausnahmslos für falsch halten, so gibt es doch Situationen, in denen es intuitiv richtig ist, paternalistisch zu handeln: Etwa wenn wir ein kleines Kind daran hindern, auf die Straße zu rennen, weil wir um sein/ihr Wohl besorgt sind. Für die ethische Diskussion zentral ist deshalb die Unterscheidung zwischen *starkem* und *schwachem* Paternalismus von entscheidender Bedeutung.

Starker Paternalismus: Paternalistische Handlungen gegenüber urteilsfähigen Personen



Schwacher Paternalismus: Paternalistische Handlungen gegenüber Personen, die in ihrer Urteilsfähigkeit gravierend eingeschränkt sind (vgl. Maio 2017, S. 215).

Während es sehr umstritten ist, ob es überhaupt Situationen geben kann, in denen starker Paternalismus zulässig ist, so ist es doch Konsens, dass es Situationen gibt, in denen schwacher Paternalismus richtig oder sogar geboten sein kann.

(5) e-tivity (Fortsetzung)



Sie haben sich oben Beispiele für paternalistische Handlungen notiert, die Sie eindeutig für falsch und für solche, die sie eindeutig für richtig halten. Überlegen Sie nun, ob die Unterscheidung zwischen schwachem und starkem Paternalismus erklären kann, inwiefern Sie die jeweiligen Beispielfälle unterschiedlich beurteilen. Überlegen Sie dann, ob diese Unterscheidung Ihnen bei einer Urteilsbildung über Ihre Zweifelsfälle weiterhelfen kann.



Stellen Sie Ihre drei Beispielfälle im Gruppenforum zur Diskussion und kommentieren Sie mindestens drei Beispielfälle von Kommiliton*innen!



7.4 Autonomie als Recht und als Fähigkeit

Aus dem Umstand, dass schwacher Paternalismus in *manchen* Fällen richtig ist, folgt natürlich nicht, dass schwacher Paternalismus generell und in *allen* Fällen zulässig ist. Hier ist

die Unterscheidung zwischen **Autonomie als Recht** und **Autonomie als Fähigkeit** (vgl. Schramme 2016, S. 81) von entscheidender Bedeutung: **Auch eine Person, deren Autonomie bzw. Selbstbestimmungsfähigkeit situativ eingeschränkt ist, hat das Recht darauf, dass andere Ihre Autonomie (als Recht) achten.** Damit eine schwach-paternalistische Handlung zulässig ist, müssen deshalb, neben einer Einschränkung der Urteils- bzw. Selbstbestimmungsfähigkeit, noch andere Kriterien erfüllt sein, wie z.B.

- der Schaden, der durch den paternalistischen Eingriff abgewehrt werden kann, ist hoch,
- die Freiheitseinschränkung ist verhältnismäßig,
- es muss das mildeste Mittel (der am wenigsten starke Eingriff) gewählt werden, durch das der Schaden abgewendet werden kann.

Selbststudium 5

Überlegen Sie sich Beispiele für *schwach*-paternalistische Handlungen, die die oben genannten zusätzlichen Kriterien *erfüllen*, und Beispiele für *schwach*-paternalistische Handlungen, die diese Kriterien *nicht* erfüllen.

Lesen Sie zur Vertiefung der Einheit den angegebenen Text von Thomas Schramme, „Autonomie und Paternalismus“.





Der Deutsche Ethikrat (DER) hat im Jahr 2018 eine Stellungnahme zu dem Thema „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“ verfasst, in dem viele der hier angesprochenen Fragen der Paternalismus-Problematik aufgegriffen und ausführlich diskutiert werden.

Sie können die Stellungnahme bequem als PDF anschauen (über die Seite des Ethikrats):

<https://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/wohltaetiger-zwang/>

Pflichtlektüre

Schramme, Thomas: „Autonomie und Paternalismus“, in: Schröder-Bäck, Peter / Kuhn, Joseph (Hrsg): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim/Basel 2016, S. 81-89.



Vertiefende Literatur

Düber, Dominik / Gutmann, Thomas / Quante, Michael: Art. „Paternalismus“, in: Sturma, Dieter / Heinrichs, Bert (Hrsg.): *Handbuch Bioethik*. Stuttgart u. Weimar 2015, S. 122-128.



Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart 2017, Kap. 15 („Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Wohltun“), S. 209-219.



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Modul C2: Ethik und Gesundheit

8. Ethische Fallbesprechung I

In dieser Lerneinheit werden Sie ein Modell der strukturierten Falldiskussion kennenlernen. Das Ziel einer strukturierten Falldiskussion ist es, einen begründeten Vorschlag für eine ethisch verantwortbare Handlung zu machen. Die strukturierte Falldiskussion hat außerdem den Sinn, Bewertungsschritte *explizit* und die Argumentation, die ihnen zugrunde liegt, möglichst *transparent* zu machen, so dass auch im Falle eines Dissenses zwischen den Beteiligten hinreichend klar wird, *worin* genau der Dissens eigentlich besteht und in welchen Einschätzungen und Überzeugungen eine abweichende Urteilsbildung eigentlich begründet ist.

8.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ einen Überblick über unterschiedliche Methoden der Fallbesprechung gewinnen.
- ✓ in ein Modell der strukturierten Falldiskussion exemplarisch eingeführt werden,
- ✓ Sinn, Aufgaben und Grenzen einer strukturierten Falldiskussion kennenlernen.

8.2 Strukturierte Falldiskussion nach Marckmann

Es gibt mittlerweile eine ganze Reihe von Methoden zur strukturierten Falldiskussion. Wir wollen in dieser Lerneinheit den

Vorschlag von Georg Marckmann behandeln, wie sich eine solche Falldiskussion durchführen lässt, weil dieser Vorschlag den Vorteil hat, dass er übersichtlich und sehr klar aufgebaut ist.



Selbststudium 5

Bitte lesen Sie zunächst den Text von Georg Marckmann ("Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden"), der in die strukturierte Falldiskussion einführt.

(6) e-tivity

Bitte schauen Sie sich dazu einen Vortrag von Marckmann an, in dem er sein Modell der Falldiskussion selbst an einem konkreten Beispiel erläutert:

<https://www.youtube.com/watch?v=1W3-x5zkKSc>



Informieren Sie sich auf der Seite ethikkomitee.de: Hier finden Sie zahlreiche kommentierte Falldarstellungen und Leitlinien verschiedener Krankenhäuser!



Pflichtlektüre



Marckmann, Georg: „Im Einzelfall gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion“, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin 2015, S. 15-22.

Vertiefende / Ergänzende Literatur



Steinkamp, Norbert / Gordijn, Bert: *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch*. 3., überarb. Aufl. Neuwied u.a. 2010.

9. Ethische Fallbesprechung II

In dieser Lerneinheit wollen wir die Methode der strukturierten Falldiskussion vertiefen und selbständig anwenden.

9.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ Ihre Kenntnis der Methode der strukturierten Falldiskussion erweitern und vertiefen,
- ✓ in der Lage sein, selbständig eine strukturierte Falldiskussion durchzuführen bzw. sich kompetent an einer solchen zu beteiligen.

9.2 Eigenständige Falldiskussion



(7) e-tivity

Sie finden im Folgenden ein weiteres Fallbeispiel sowie nochmals ein **Handout** mit einer Übersicht über die grobe Struktur der Falldiskussion nach Marckmann.



Bitte lesen Sie das Fallbeispiel zunächst aufmerksam durch. Nehmen Sie dann gemeinsam in einem **Etherpad** in Ihrer interprofessionellen Gruppe eine Falldiskussion nach Marckmann am konkreten Fallbeispiel vor!

Fallbeispiel: „Nahrungsverweigerung bei einer Demenzkranken“

„Frau B., 79 Jahre alt, lebt seit drei Jahren auf einer Pflegestation für Alzheimerpatienten. Ihre Demenzerkrankung und ihr Allgemeinzustand haben sich in den letzten Monaten deutlich verschlechtert. Frau B. liegt die meiste Zeit im Bett und wird nur zeitweilig in einen Rollstuhl gesetzt. Die Kontaktaufnahme ist sehr eingeschränkt. Frau B. reagiert noch auf direkte Ansprache oder Berührungen. Gelegentlich erwidert sie auch die Blicke der Pflegenden oder von Besuchern. Über längere Zeit am Tag wirkt Frau B. jedoch abwesend und scheint nicht ansprechbar zu sein.

In den vergangenen Monaten hat Frau B. nicht mehr gut gegessen. Ohne Aufsicht und Unterstützung des Pflegepersonals hat sie ihre Mahlzeiten oft unangerührt stehen gelassen. An manchen Tagen ist Frau B. zum Essen zu müde oder zu schwach. Häufig vergisst sie zu schlucken und muss vom Pflegepersonal immer wieder aktiviert werden. Das alles ist sehr zeitaufwändig.

In letzter Zeit hat Frau B. wiederholt die Nahrungseingabe verweigert, wobei sie die Lippen verschlossen oder die Nahrung mit der Hand abgewehrt hat. Auch hat sie mehrfach von den Pflegekräften eingeführte Nahrung ausgespuckt. Bei einer Dienstbesprechung äußert eine Altenpflegerin ihr Unbehagen. Sie hat das Gefühl, etwas Unrechtes zu tun, wenn Sie Frau B. zum Essen zwingt. Die Stationsleitung äußert Verständnis, weist aber darauf hin, dass nach Ansicht der zuständigen Ärztin bei Frau B. keine organischen Ursachen für die Nahrungsverweigerung vorliegen. Bei fortgesetzter Nahrungsverweigerung sei das Legen einer PEG-Sonde [...] in Betracht zu ziehen. Diesen Schritt aber möchte die Stationschwester möglichst vermeiden. Freilich könne man Frau B. nicht

einfach verhungern lassen. Die Pflegenden werden daher angewiesen, die Abwehrhaltung von Frau B. nicht zu tolerieren.

Die Situation verschärft sich, als Frau B. jegliche Nahrungszufuhr vollständig verweigert. Gleichzeitig tritt eine neue Infektion auf. Frau B. bekommt Fieber und stellt auch das Trinken ein. Ihr wird zunächst eine Infusion gelegt, um wenigstens die Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen. Die Infektion wird medikamentös behandelt, so dass das Fieber zurückgeht. Der Gesamtzustand von Frau B. ist aber weiterhin schlecht.

In einer Dienstbesprechung wird nun in Erwägung gezogen, Frau B. mit der Diagnose ‚Nahrungsverweigerung‘ ins Krankenhaus zu überweisen. Die Stationsleitung zieht die zuständige Ärztin, eine Neurologin, hinzu. Die Gründe für Frau B.’s Nahrungsverweigerung werden ausgiebig diskutiert. Dabei spielt auch die Frage nach dem mutmaßlichen Willen von Frau B. eine Rolle. Mehrere Gesprächsteilnehmer äußern die Ansicht, dass Frau B. offenbar mit dem Leben abgeschlossen habe und sterben wolle. Das sei zu respektieren. Diese Position findet schließlich auch die Unterstützung der Stationsleitung. Die Ärztin äußert dagegen Bedenken, Frau B. einfach sterben zu lassen. Es wird vereinbart, vor einer endgültigen Entscheidung die Tochter von Frau B. zu verständigen.

Daraufhin nimmt die Stationsleitung Kontakt zu den Angehörigen auf. Frau B.’s Tochter ist mit einem Arzt verheiratet. Das Ehepaar sucht die Pflegestation auf und spricht zunächst mit der Stationsleitung. Diese versucht die Angehörigen davon zu überzeugen, dass es für ihre Mutter besser wäre, auf eine PEG-Sonde zu verzichten. Man müsse akzeptieren, dass Frau B. sterben wolle, zumal die Prognose ihrer Primärerkrankung denkbar schlecht sei. Flüssigkeit solle aber weiter Form von Infusionen zugeführt werden. Das Ehepaar äußert jedoch heftigen Widerspruch und verlangt, die zuständige Ärztin zu sprechen. Im Gespräch mit der Neurologin, bei dem

die Stationschwester nicht anwesend ist, drängen sie darauf, dass die Mutter umgehend in ein Krankenhaus überwiesen und eine PEG-Sonde bekommen soll. Die Stationsärztin sagt dies zu und veranlasst daraufhin die Einweisung in eine Klinik.“

(aus: Ulrich H. J. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, Wien 2004, S. 240ff.)



Handout zur Strukturierten Falldiskussion (nach Marckmann)

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles

- a) Welche Informationen über die Patientin gibt es (Anamnese, Befunde, Diagnosen, etc.)?
- b) Welche (Be-)Handlungsstrategien gibt es, wie sind jeweils ihre Chancen und Risiken (Prognose) einzuschätzen (noch *ohne* ethische Bewertung der Optionen)?

2. Bewertung I: Ethische Verpflichtungen gegenüber der Patient*in

- a) Worin besteht im vorliegenden Fall die Handlung, die das **Wohl** der Patientin am besten fördert und ihr am wenigsten schadet?
- b) Auf welche Handlung verpflichtet im vorliegenden Fall die Pflicht, ihre **Autonomie/Selbstbestimmung** zu respektieren?

3. Bewertung II: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten

Welche Verpflichtungen bestehen gegenüber Dritten (Familienangehörige, andere Patienten, Versicherungsgemeinschaft)?

4. Synthese: Konvergieren oder divergieren die Verpflichtungen?

Wenn eine Kollision von Verpflichtungen auftritt: Wie sieht eine **begründete Abwägung** zwischen den Verpflichtungen bzw. Prinzipien aus?

5. Kritische Reflexion:

- a) Was ist der stärkste Einwand **gegen** die ausgewählte Option?
- b) Wie hätte der Konflikt möglicherweise **vermieden** werden können?

(nach Marckmann 2015, S. 17)

Pflichtlektüre



Marckmann, Georg: „Im Einzelfall gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion“, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin 2015, S. 15-22.

10. Gesundheitsbegriff(e)

10.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ unterschiedliche Begriffe und Definitionen von Gesundheit kennenlernen,
- ✓ unterschiedliche Gesundheitsbegriffe hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und Grenzen einschätzen können,
- ✓ für die *ethischen* Implikationen unterschiedlicher Gesundheitsbegriffe sensibilisiert werden.

10.2 Gesundheitsbegriff(e)

Selbststudium 6

Lesen Sie den bereit gestellten kurzen Auszug zu unterschiedlichen Gesundheitsbegriffen (Hick, Christian: *Klinische Ethik*. Heidelberg 2017, S. 229-234). Versuchen Sie dann, für sich in eigenen Worten den Unterschied zwischen **naturalistischen** und **nicht-naturalistischen** Gesundheits-auffassungen zu beschreiben! Worin sehen Sie selbst jeweils Vor- und Nachteile der beiden Auffassungen? Notieren Sie sich dazu kurze Stichpunkte.



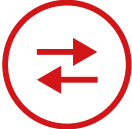
(8) e-tivity

Recherchieren Sie dann selbständig die **Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation**, bspw. über deren Webseite!



Gesundheit bedeutet der Definition der Weltgesundheitsorganisation zufolge:

Tauschen Sie sich in Ihrer interprofessionellen Gruppe zu folgenden Fragen aus:

- 
- Worin besteht der Unterschied zwischen **naturalistischen** und **nicht-naturalistischen** Gesundheitsbegriffen?
 - Worin sehen Sie Stärken und ggf. Schwächen der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation?

10.3 Welche praktische Relevanz hat der Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff?

Ist die Frage nach einer genauen begrifflichen Bestimmung von Gesundheit (und Krankheit) eine eher akademische Frage ohne praktische Relevanz? Ganz bestimmt nicht! Sie ist bspw. unmittelbar relevant im Zusammenhang der Frage, ob gesetzlich Krankenversicherte bestimmte Leistungen beanspruchen können:

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“
(SGB V, § 27)

**(8) e-tivity (Fortsetzung)**

Tauschen Sie sich in Ihrer interprofessionellen Gruppe aus: Welche medizinischen Eingriffe oder Behandlungen fallen Ihrer Meinung nach nicht unter diese Bestimmung des Leistungsumfangs? Halten Sie diese Einschränkung für gerechtfertigt oder nicht, und was sind Ihre Gründe dafür?

Diskutieren Sie dann noch das folgende Fallbeispiel:

Fallbeispiel

„Wachstumshormone bei kleinwüchsigen, aber gesunden Kindern?“

„Die Eltern des achtjährigen Jungen bitten den Arzt darum, ihrem Sohn Wachstumshormone zu verschreiben, damit er schneller wächst. Der Arzt weist darauf hin, dass die Gabe von Wachstumshormonen nur dann angezeigt sei, wenn eine mit Wachstumshormonmangel verbundene Erkrankung vorliege. Die Eltern wiederum geben zu bedenken, dass sie beide aufgrund ihrer Kleinwüchsigkeit in ihrem Leben schon viele gesellschaftliche Nachteile hätten erleiden müssen, die sie ihrem Kind mithilfe der neuen Behandlungsoptionen ersparen wollen.“

Aus: Maio, Mittelpunkt Mensch, Stuttgart 2017, S. 414.

**Pflichtlektüre**

Hick, Christian: Klinische Ethik. Heidelberg 2017, S. 229-234.

Vertiefende Literatur

Borck, Cornelius: *Medizinphilosophie zur Einführung*. Hamburg 2016.



Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart 2017, Kap. 7 („Krankheit“), S. 123-130 und Kap. 8 („Gesundheit“), S. 131-136.

Schramme, Thomas (Hrsg.): *Krankheitstheorien*. Berlin 2012.

11. Medizinethik und Ökonomie

Was haben Medizinethik und Medizinökonomie miteinander zu tun? Hier gibt es zwei verschiedene Antworten. Antwort 1: Ethik ist etwas, das ökonomische Erwägungen *von außen* begrenzt: Manchmal sollte man aus ethischen Gründen nicht das tun, was aus rein ökonomischer Sicht geboten wäre (sicherlich ist das so!). Umgekehrt stehen danach aber auch ethische Überlegungen unter bestimmten einschränkenden ökonomischen Voraussetzungen. Antwort 2: Weil medizinische Ressourcen, wie alle Ressourcen, endlich sind, kann die „ökonomische“ Verpflichtung auf einen wirtschaftlichen Umgang mit Ressourcen selbst ethisch begründet werden (Gerechtigkeitsprinzip).

11.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ die Begriffe der Rationalisierung und der Rationierung kennen und unterscheiden können,
- ✓ unterschiedliche Formen der Rationierung unterscheiden können,
- ✓ die Unterscheidung zwischen Effektivität und Effizienz kennen und sicher anwenden können,
- ✓ für die ethische Problematik des Wirtschaftlichkeitsbegriffs im Gesundheitswesen sensibilisiert werden.

11.2 Effektivität und Effizienz

Effektivität: Wirksamkeit einer Maßnahme bzw. Behandlung



Effizienz (Wirtschaftlichkeit): Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Kosten (vgl. Maio 2017, S. 398).

Eine Maßnahme, die nicht effektiv (nicht wirksam) ist, kann nicht effizient sein. Aber nicht jede effektive Maßnahme ist auch effizient.

11.3 Rationalisierung und Rationierung



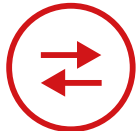
Rationalisierung: Steigerung der Effizienz, Ausschöpfen sog. „Wirtschaftlichkeitsreserven“. Rationalisierung heißt entweder (a) denselben Nutzen zu geringeren Kosten zu generieren, oder (b) zu denselben Kosten einen höheren Nutzen zu generieren.

Rationierung: Vorenthaltung bestimmter medizinischer Leistungen.



Selbststudium 7

Lesen Sie im Buch von von Hick, Christian (Hrsg.): *Klinische Ethik*. Heidelberg 2007, die Seiten 235-249. Sehen Sie sich insbesondere die Tabelle 10.2 auf S. 242 an, in der unterschiedliche Formen der Rationierung mit Beispielen aufgeführt sind.



(9) e-tivity

Tauschen Sie sich in Ihrer interprofessionellen Gruppe darüber aus, welche Formen der Rationierung sie aus **Ihrer beruflichen Praxis** kennen. Wie beurteilen Sie diese aus ethischer Perspektive? Füllen Sie zunächst für sich die folgende Tabelle aus und notieren Sie jeweils in Stichpunkten, ob sie die von Ihnen jeweils notierten Beispiele für ethisch vertretbar halten. Kommentieren Sie im Gruppenforum dann die ausgefüllte Tabelle einer Kommiliton*in!

Rationierungsform	Beispiele aus meiner beruflichen Praxis
Harte Rationierung
Weiche Rationierung
Direkte Rationierung
Indirekte Rationierung
Verdeckte Rationierung
Offene Rationierung
Explizite Rationierung
Implizite Rationierung

11.4 Zur Mehrdeutigkeit des Wirtschaftlichkeitsbegriffs

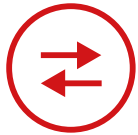


Der Begriff der **Wirtschaftlichkeit** (oder Effizienz) bezieht sich auf das **Verhältnis von Kosten und Nutzen** einer medizinischen Behandlung. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit hat eine zentrale Bedeutung u.a. im Krankenversicherungsrecht: Die Krankenkassen dürfen nur Leistungen anbieten/erstaten, die „wirtschaftlich“ sind.

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ (SGB V, § 12, Abs. 1, „Wirtschaftlichkeitsgebot“)

Der Begriff der **Wirtschaftlichkeit** ist jedoch in wichtiger Hinsicht mehrdeutig. Was bedeutet es, dass eine medizinische Behandlung x wirtschaftlicher ist als Behandlung y?

(a) Das kann einmal heißen, dass Behandlung x bei **derselben Patient*in** denselben therapeutischen Nutzen mit geringeren Kosten bewirkt (oder bei derselben Patient*in bei gleichbleibenden Kosten einen höheren Nutzen). Hier scheint es ethisch nicht nur verantwortbar, sondern sogar geboten,



das wirtschaftlichere Mittel zu wählen, weil dadurch Ressourcen geschont werden, die für die Behandlung anderer Patient*innen eingesetzt werden können (Gerechtigkeitsprinzip).

(b) Insbesondere in der Gesundheitsökonomie ist jedoch auch eine Verwendung des Begriffs üblich, wonach die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung **indikations- und patientenübergreifend** bestimmt wird. Das heißt: Behandlung x erzielt zu gleichen Kosten bei Patient*in A einen höheren Nutzen als Behandlung y bei Patientin B. Es ist offenkundig, dass ein solcher Vergleich eine Reihe **hochstrittiger ethischer Fragen und Kontroversen** aufruft: Kann es vertretbar sein, einer Patient*in eine Behandlung vorzuenthalten, weil mit den vorhandenen Mitteln bei **anderen** Patient*innen ein höherer Nutzen erzielt werden könnte? Wer das für ethisch vertretbar hält, muss eine **utilitaristische** Argumentationsweise voraussetzen (moralisch richtig ist, was den aggregierten **Gesamtnutzen** einer Population steigert, *unabhängig* davon, wie dieser Nutzen zwischen den einzelnen Personen verteilt ist).



Selbststudium (fakultativ)

Lesen Sie, wenn Sie Interesse haben, das Thema zu vertiefen, das Kapitel 29 („Medizin und Ökonomie“) aus dem Lehrbuch von Maio, *Mittelpunkt Mensch*, S. 395-406.

Pflichtlektüre



Hick, Christian (Hrsg.): *Klinische Ethik*. Heidelberg 2007, S. 235-249.

Vertiefende Literatur

Zur Einführung eignet sich ebenfalls sehr gut:



Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart 2017, Kap. 29 („Medizin und Ökonomie“), S. 395-406.

Weitere empfehlenswerte Titel sind:

Brock, Dan: „Ethische Probleme von Kosten-Effektivitäts-Analysen bei der Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen“, in: Schöne-Seifert, Bettina / Buyx, Alena M. / Ach, Johann S. (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn 2006, S. 183-213.

Reiners, Hartmut: *Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem*. Berlin 2011.

Eine herausragende kritische Auseinandersetzung mit dem Wirtschaftlichkeitsbegriff in der Gesundheitsökonomie aus ethischer Perspektive ist:

Lübbe, Weyma: *Nonaggregationismus. Grundlagen der Allokationsethik*. Münster 2015.

12. Ethik am Ende des Lebens I

Das Thema „Ethik am Ende des Lebens“ umfasst viel mehr als die Diskussion um die sog. „Sterbehilfe“. Die ethische (und auch rechtliche) Bewertung unterschiedlicher Formen der „Sterbehilfe“ ist jedoch ein gegenwärtig sehr aktuelles und kontrovers diskutiertes Thema. Zugleich gibt es hier immer wieder begriffliche Missverständnisse und Unklarheiten. Bevor wir uns der aktuellen Diskussion zuwenden, ist es aber unabdingbar, einen Blick in die Geschichte zu werfen, die für das Verständnis der Kontroversität des Themas entscheidend ist.

12.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ den historischen Kontext der Debatte um „Sterbehilfe“ kennen,
- ✓ begründen können, warum eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte unverzichtbar ist,
- ✓ für die Problematik des Begriffs der „Sterbehilfe“ sensibilisiert werden.

12.2 „Sterbehilfe“



Der Begriff der „Sterbehilfe“ ist ein aus vielen Gründen **problematischer** Begriff. Folgende Kritik wurde und wird an diesem Begriff vorgebracht:

(a) Unter dem Begriff der Sterbehilfe werden ganz unterschiedliche Fallkonstellationen diskutiert. Die Abgrenzung zwischen den Unterformen ist häufig unklar und **missverständlich**, das führt zu **Verständigungsschwierigkeiten**. Überdies beeinträchtigt es die ethische Urteilsbildung, wenn ein Begriff zu viele unterschiedliche Fallkonstellationen abdeckt.

(b) Das Wortbestandteil „Hilfe“ suggeriert, dass es sich hier grundsätzlich um etwas Positives handelt. Damit wird aber bereits eine **Bewertung** („Ist es gut?“) in die Begriffsbestimmung („Was bedeutet es?“) eingeschmuggelt.

(c) Der Begriff der Sterbehilfe ist ein **Tarnwort**, weil der – international durchaus übliche – Begriff der Euthanasie in Deutschland historisch zu belastet ist (vgl. dazu Wiebicke). Es ist aber irreführend, die Geschichte der Euthanasie, insbesondere im NS-Faschismus, einfach dadurch auszublenden, dass man ein neues Wort benutzt.

12.3 Geschichte der „Euthanasie“ bzw. „Sterbehilfe“

Selbststudium 8

Lesen Sie folgenden Beitrag von Ludger Finkau und Perta Gehring, der sich mit der „Geschichte der Sterbehilfe“ befasst:



<https://www.bpb.de/apuz/31454/zur-geschichte-der-sterbehilfe?p=all>

und folgenden Beitrag aus dem Deutschen Ärzteblatt von Udo Benzenhöfer zur NS-„Kindereuthanasie“:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/24708/NS-Kindereuthanasie-Ohne-jede-moralische-Skrupel>

(9) e-tivity



Bewegend sind die Interviews von Zeitzeugen, die von ihren Erlebnissen zwischen 1933 und 1945 erzählen.



Nutzen Sie dazu den Link [Zeitzeugen](#) und recherchieren Sie nach Ihrem persönlichen Interesse in der Vielfalt der Beiträge.



Selbststudium (fakultativ)

Lesen Sie das Kapitel 2 („Der Kampf um den schönen Tod“) aus dem Buch von Wiebicke, *Dürfen wir so bleiben, wie wir sind? Gegen die Perfektionierung des Menschen – eine philosophische Intervention*.



Vertiefende Literatur

Wiebicke, Jürgen: *Dürfen wir so bleiben, wie wir sind? Gegen die Perfektionierung des Menschen – eine philosophische Intervention*. Köln 2013, S. 46-62.

13. Ethik am Ende des Lebens II

13.1 Ziele der Lerneinheit

Die Studierenden sollen:

- ✓ mit Grundfragen der Ethik am Ende des Lebens vertraut sein,
- ✓ die gängigen terminologischen Unterscheidungen zwischen verschiedenen Formen der „Sterbehilfe“ kennen und die Problematik dieser Begriffe verstehen,
- ✓ die erworbenen begrifflichen und ethischen Kenntnisse selbständig anwenden können.

13.2 „Sterbehilfe“: aktiv, passiv, indirekt

Selbststudium 9

Lesen Sie folgendes Kapitel aus dem Lehrbuch von Maio:
Maio, Mittelpunkt Mensch, Kap. 32 („Sterbehilfe“), S. 437-468.

(11) e-tivity

Notieren Sie sich **in eigenen Worten** eine Definition jeweils von

- „aktiver Sterbehilfe“
- „passiver Sterbehilfe“
- „indirekter Sterbehilfe“
- „assistiertem Suizid“.





Sie sollten dann in der Lage sein, die folgenden Testfragen zu beantworten:

1. Das Abstellen eines Beatmungsgeräts bei einer beatmungspflichtigen Patient*in ist, wenn es deren mutmaßlichen Willen entspricht, ein Fall von

- a) aktiver Sterbehilfe
- b) passiver Sterbehilfe
- c) assistiertem Suizid
- d) indirekter Sterbehilfe.

2. Die Nicht-Aufnahme einer lebenserhaltenden Behandlung ist, wenn dies dem Patient*innenwillen entspricht,

- a) aktiver Sterbehilfe,
- b) assistiertem Suizid,
- c) passiver Sterbehilfe.

2. Die Gabe eines schmerzstillenden Medikaments, die voraussichtlich lebenszeitverkürzende Wirkung haben kann, ist, wenn eine Indikation vorliegt und der Sterbeprozess bereits begonnen hat,

- a) ein Fall von assistiertem Suizid und strafbar
- b) ein Fall von assistiertem Suizid und nicht strafbar
- c) ein Fall von „indirekter Sterbehilfe“ und strafbar
- d) ein Fall von „indirekter Sterbehilfe“ und nicht strafbar.

4. Die sog. „aktive Sterbehilfe“ ist in Deutschland

- a) immer strafbar
- b) manchmal strafbar
- c) nie strafbar.

5. Unter bestimmten Voraussetzungen ist die sog. „aktive Sterbehilfe“ rechtlich erlaubt in

- a) Deutschland
- b) Niederlande
- c) Schweiz.



(11) e-tivity (Fortsetzung)

Wie Sie vielleicht wissen, hat u.a. der Deutsche Ethikrat an der immer noch gebräuchlichen Terminologie („aktiv, passiv“) Kritik geübt und eine alternative Terminologie vorgeschlagen. Informieren Sie sich doch bitte im Zuge einer Internet-Recherche (bspw. hier: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf – S. 49ff.) über die Gründe der Kritik und versuchen Sie sich an einer **Zuordnung** der durch die alte Terminologie erfassten Fallklassen zur neuen Terminologie, bspw. „passive Sterbehilfe“ (alt) – „Sterbenlassen“ (neu).

13.3 Positionen zur Sterbehilfe



Auf der Homepage der Bundeszentrale für politische Bildung finden Sie Statements von Vertretern von Religionsgemeinschaften und der Zivilgesellschaft:

<https://www.bpb.de/dialog/netzdebatte/210366/positionen-zur-sterbehilfe-von-kirche-bis-zivilgesellschaft>

Das Thema „Sterbehilfe“ ist ein gegenwärtig nicht nur in der Ethik umstrittenes Thema. Auch die rechtlichen Regelungen hierzu befinden sich im Fluss. So hat beispielsweise 2020 das Bundesverfassungsgericht den 2015 neu eingeführten § 217 StGB („Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“) für verfassungswidrig erklärt. Informieren Sie sich durch selbständige Recherche zum geltenden Stand!

Eine wahre Fundgrube an Informationen zu allen wichtigen bio- und medizinethischen Themen ist die Seite des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften

www.drze.de

Hier finden Sie auch aktuelle Materialien zur Diskussion um „Sterbehilfe“ und auch zu den rechtlichen Regelungen:

www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe



Falldiskussion mit Kommentaren

(12) e-tivity

Auf der Seite www.ethikkomitee.de finden Sie eine Vielzahl von kommentierten Falldarstellungen

<https://ethikkomitee.de/falldarstellungen/index.html>



Bitte schauen Sie sich den Fall „**Therapieabbruch auf der Intensivstation**“ an. Welche Unterklasse von „Sterbehilfe“ ist hier berührt (aktiv, passiv, indirekt...)? Wie bewerten Sie das Vorgehen der Ärzt*innen?

Lesen Sie im Anschluss die beiden Kommentare zu der Falldarstellung, die Sie ebenfalls auf der Seite finden.

Pflichtlektüre



Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart 2017, Kap. 32, S. 437-468.

Vertiefende Literatur



Spaemann, Robert / Hohendorf, Gerrit / Oduncu, Fuat S.: *Vom guten Sterben. Warum es keinen assistierten Tod geben darf*. Freiburg u.a. 2015, Kap. 2, S. 25-58.

Woellert, Katharina / Schmiedebach, Heinz-Peter: *Sterbehilfe*. München 2008.

14. Vorbereitungen auf die Prüfungsleistung

Liebe Kommiliton*innen, wir nähern uns dem Ende des Moduls. Es sollen nun keine neuen Themen mehr bearbeitet werden. Wir haben eine Menge Inhalte zum Thema Ethik in den Gesundheitsberufen behandelt. Nun wollen wir zurückschauen und uns auf eine das Lernen vertiefende Art und Weise mit den bisherigen Themen beschäftigen.

14.1 Ziele der Lerneinheit

Die Lernenden sollen:

- ✓ sich vertiefend mit den bisherigen Inhalten und Themen des Moduls beschäftigen.
- ✓ die Inhalte selbst gewählter Themenfelder aus dem Modul Ethik und Gesundheit entsprechend der Aufgabenstellung reflektieren.
- ✓ die Reflexion soll durch Erstellen eines Portfolios zu einem selbst gewählten Thema erfolgen.
- ✓ mit dieser Lehr-Lern-Methode Sicherheit in der inhaltlichen Auseinandersetzung zu bekommen, konkret zu argumentieren und konstruktiv zu diskutieren.

14.2 Teil 1

Überlegen Sie, welches ethische Thema Sie aus dem Kurs am meisten interessiert hat. Es gibt zudem eine Menge wich-

tiger Fragestellungen und auch aktueller ethischer Kontroversen in der Medizin- und Gesundheitsethik, die wir in diesem Kurs leider nicht ausführlicher behandeln konnten. Sie können sich selbstverständlich auch für eines dieser Themen entscheiden und Ihr Thema, mit den erworbenen Kenntnissen im Hintergrund, selbständig aneignen.

Hier ist eine kleine Auswahl an gegenwärtigen kontroversen Fragestellungen:

- Sollten klinische Studien mit nichteinwilligungsfähigen erwachsenen Patient_innen durchgeführt werden können?
- Welche Auswirkungen haben die neuen Methoden nichtinvasiver pränataler Diagnostik auf unser Menschenbild?
- Präimplantationsdiagnostik
- Regelungsbedarf bei der „Sterbehilfe“ (?)
- Ist der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) eine Form des Suizids und wie ist er ethisch zu bewerten?
- Chancen und Grenzen der Patientenverfügung
- Sollte es eine Impfpflicht gegen Covid-19 geben, sobald ein Impfstoff ausreichend verfügbar ist?
- Wer sollte bei knappen Ressourcen vordringlich behandelt werden?
-

Beispiel:

Klinische Studien mit nichteinwilligungsfähigen erwachsenen Patient*innen: Dieses Thema entfacht eine kontroverse Diskussion. Die Positionen reichen von „unabdingbar für die Forschung“ bis hin zu „Verletzung der Patientenrechte und damit der Deklaration von Helsinki“.

Grundlagen:

Corvinus U. (2007). Dissertation. Klinische Studien mit nichteinwilligungsfähigen erwachsenen Patient_innen. <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2008/5280/pdf/CorvinusUrsula-2007-12-03.pdf>

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/179337/Klinische-Pruefungen-Debatte-um-die-Ethikkommissionen>

Gesetzgebungsdebatte Pfarrerverband

<https://www.google.com/search?q=debatte+klinische+Studien+an+Betreuten&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>

Formulierung der Fragestellung

Sollten klinische Studien mit nichteinwilligungsfähigen erwachsenen Patient*innen grundsätzlich verboten sein oder in bestimmten Ausnahmefällen zulässig (und wenn, welche Kriterien müssten erfüllt sein)?

**(12) e-tivity: Vorbereitung Prüfungsleistung**

Suchen Sie sich einen ethischen Themenbereich und/oder ein kontroverses Thema aus und informieren Sie sich über die unterschiedlichen Sichtweisen. Formulieren Sie schriftlich den ethischen Konflikt in der Bandbreite der öffentlichen Diskussion und fügen Sie die Recherchegrundlagen hinzu.

Versuchen Sie möglichst präzise zu beschreiben, worin der Konflikt besteht, d.h. was genau eigentlich umstritten ist. Häufig ist es dazu hilfreich, zunächst zu erläutern, über welche Fragen eigentlich Konsens besteht.

Versuchen Sie dann, die Argumentation(nen) der unterschiedlichen Seiten möglichst präzise nachzuzeichnen!

Schicken Sie eine erste kurze Übersicht und Ausarbeitung (1-2 S.) per E-Mail an Ihre Dozent*in. Sie erhalten ein Feedback dazu.

14.3 Teil 2**(13) e-tivity: Prüfungsleistungserstellung**

Erstellen Sie Ihr Portfolio:

Sie können bei der Gestaltung Ihres Portfolios Ihrer Kreativität freien Lauf lassen und unterschiedliche Gestaltungselemente einbringen:

- Quellen: Zeitungsartikel, wissenschaftliche Beiträge, Stellungnahmen des Ethikrats, Berichte von Selbstbetroffenen,
- Expert*inneninterviews,
- Falldarstellungen
- Textanalyse,
- Problemgespräch,

- Dilemmadiskussion,
- Gedankenexperiment,

Erstellen Sie dazu eine Präsentation (3-5 Min. Podcast oder ein DIN A4-Seite schriftlich), in der Sie die wichtigsten Aussagen skizzieren und kritisch reflektieren.

Laden Sie Ihren Podcast/ Ihre Verschriftlichung auf die Lernplattform hoch.

Präsenz: Bereiten Sie sich auf eine Fünf-Minuten-Präsentation Ihres Themas vor!

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul C3:
Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen
und Epidemiologie

Impressum

Modulentwicklung:

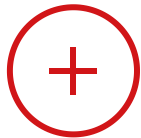
Josef Galert, Physiotherapeut, MSc. (HP, MT, DOSB)

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



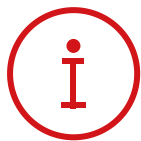
Übung



Definition



Tip



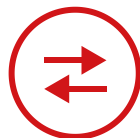
Information



Podcast



Video



Austausch

Verschiedene Icons dienen zur Kennzeichnung zusätzlicher Informationsangebote oder Aufgaben. Sie werden an betreffender Stelle am linken Seitenrand platziert.

Inhalt

1. Willkommen	5
2. Gesundheitswissenschaften / Public-Health	7
2.1 Bedeutung der Gesundheitswissenschaften	7
2.2 Geschichte der Gesundheitswissenschaften/Public Health	10
2.2.1 Wissenschaftsbereiche in den Gesundheitswissenschaften	15
2.2.2 Public-Health-Institute in Deutschland	18
Literatur	19
3. Gesundheit und Krankheit	21
3.1 Historische Betrachtung von Gesundheit.....	21
Zusammenfassung.....	29
3.2 Modelle von Krankheit und Gesundheit	30
3.2.1 Biomedizinisches Modell	30
3.2.2 Bio-Psycho-Soziales Modell	33
3.2.3 Salutogenese	35
Zusammenfassung.....	43
Literatur	43
3.3 Determinanten von Gesundheit	44
3.3.1 Geschlechtsspezifische Determinanten von Gesundheit/Krankheit	46
3.3.2 Altersspezifische Determinanten von Gesundheit/Krankheit	47
3.3.3 Soziale Determinanten von Gesundheit/Krankheit.....	50
4. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.....	56
4.1 Gesundheitsförderung	58
4.2 Krankheitsprävention	62
5. Vorbereitung zur Abschlussprüfung.....	64
6. Epidemiologie	65
6.1 Definition	66
6.2 Entstehungsgeschichte der Epidemiologie	67
6.3 Deskriptive Epidemiologie	68
6.4 Analytische Epidemiologie	72
6.5 Experimentelle Epidemiologie	79

6.6	Kausalität in der Epidemiologie	83
	Literatur	88
	Abschluss	89
	Literaturverzeichnis	90
	Linkverzeichnis	94
	Glossar	105

1. Willkommen



Gesundheit und Krankheit, Linderung, Heilung, Pflege, Therapie, Prävention und Rehabilitation. Das sind wahrscheinlich häufig genutzte Begriffe in Ihrem Berufsalltag. Die Begriffe Determinanten, Resilienz, Vulnerabilität, Coping, Setting, Relatives Risiko und Demografie kommen dagegen sicher seltener vor. Die Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich mit all diesen und noch weiteren Begriffen rund um die Bereiche: Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Die wichtigsten dieser Begriffe und die Bedeutung der Gesundheitswissenschaften sollen Ihnen in diesem Modul vermittelt werden, so interprofessionell verknüpft wie möglich. Dabei werden hier aber einige gesundheitswissenschaftliche Themen nur angeschnitten, da sie in anderen Studienmodulen ausführlicher behandelt werden, z. B.:

- **Prävention und Gesundheitsförderung** in B4
- bestimmte **Determinanten von Gesundheit** in C4

Komplett in anderen Studienmodulen behandelt werden:

- **Gesundheitskommunikation** A-Strang,
- **Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik** in B1,
- **Ethik** in C2,
- **Gesundheitsberatung** in A5,
- **Gesundheitsökonomie** und **Qualitätsmanagement** in B6,

Dieses Studienbegleitheft ist so aufgebaut, dass Sie in den kommenden 10 Wochen, beinahe in jeder Woche ein für diesen Studiengang bedeutendes Thema aus den Anwendungsfeldern der Gesundheitswissenschaften vorgestellt bekommen und in Übungen bearbeiten müssen. Beginnen werden wir mit der allgemeinen Beschreibung des Fachs **Gesundheitswissenschaften**. Sie werden die umfangreiche Dimension dieser Disziplin schnell feststellen. Dann werden wir uns mit dem generellen Verständnis von **Krankheit** und **Gesundheit** beschäftigen, um dieses Verständnis anschließend in die Theorie

der **Gesundheitsmodelle** zu überführen. Schließlich wird es um die praktischen Möglichkeiten der Gesundheitswissenschaften gehen, mit denen versucht wird, Krankheiten zu vermeiden (**Krankheitsprävention**), bzw. Gesundheit zu erhalten (**Gesundheitsförderung**). Zum Schluss erhalten Sie einen Einblick in die eigenständige Disziplin der **Epidemiologie**.

Viel Vergnügen und
viel Erfolg!

2. Gesundheitswissenschaften / Public-Health



Überblick und Lernziele

- Die Studierenden erhalten einen Einblick in die Multidisziplin Gesundheitswissenschaften.
- Sie lernen die Entstehungsgeschichte der Gesundheitswissenschaften / Public-Health kennen, und welche Veränderungen zur heute gängigen Definition geführt haben.
- Sie erfahren, welche Aufgaben durch welche Teilbereiche der Gesundheitswissenschaften abgedeckt werden und reflektieren, wie sich Ihre Berufe bzw. das Studium darin wiederfindet.

2.1 Bedeutung der Gesundheitswissenschaften

Bevor Ihnen gängige Definitionen zum Fachbereich Gesundheitswissenschaften vorgestellt werden, soll erst einmal klargestellt werden, was die Gesundheitswissenschaften nicht sind; nämlich Krankheitswissenschaften. Denn unter den akademischen Wissenschaften die sich primär mit Krankheitszuständen befassen, werden die:

- ⇒ Medizin, die
- ⇒ Zahnmedizin und die
- ⇒ Psychotherapie verstanden.

Deren Ziele sind die Identifizierung und Behandlung von Krankheiten, bzw. im erweiterten Sinne – von Unwohlseins-Zuständen einzelner Individuen. Die Gesundheitswissenschaften sind aber auch nicht das Gegenteil der Krankheitswissenschaften, vielmehr sind die Krankheitswissenschaften ein wichtiger Teil der Gesundheitswissenschaften. Dieser Studiengang ist im weiteren Sinne somit auch ein „Gesundheitswissenschaftlicher“ Studiengang, ausgerichtet auf

eine spezielle Zielgruppe und mit der Möglichkeit der Vertiefung in den Wahlfächern im fünften Semester.

Aber was machen Gesundheitswissenschaftler_innen also nun genau? Dies – und vor allem die Beziehung zwischen der Medizin und den Gesundheitswissenschaften – lässt sich schön an einer an Aaron Antonovskys Flussmetapher [s. später Seite 43] angelehnten Geschichte erklären (s. a. Klemperer, 2015, 18).



Ein Arzt steht an einem reißenden Fluss und hört plötzlich die verzweifelten Rufe einer ertrinkenden Person. Der Arzt springt ins Wasser, rettet die Person an Land und beginnt mit der Herz-Lungen-Wiederbelebung. Nachdem die Person das Bewusstsein wiedererlangt, bemerkt der Arzt die nächste nach Hilfe rufende Person im Fluss. Dies wiederholt sich nun scheinbar endlos. Der Arzt ist nur damit beschäftigt, Ertrinkende herauszuholen und wiederzubeleben. Plötzlich kommen mehrere Gesundheitswissenschaftler, und schauen Flussaufwärts hinter der nächsten Biegung nach, warum überhaupt die Menschen ins Wasser fallen, zu ertrinken drohen und so sehr auf rettende und z. T. medizinische Hilfe angewiesen sind. Und siehe da, sie finden unterschiedliche Gründe vor. Einige stürzten aus Versehen rein – aus Unachtsamkeit und unter Stress – weil der Uferweg marode ist und z. T. auch von der Brücke, deren Geländer fehlt. Andere tauchten nach Münzen und anderen Wertgegenständen, weil es für sie dort keine andere Erwerbstätigkeit gibt. Einige konnten nicht einmal richtig schwimmen. Andere – gute Schwimmer – hatten die gefährlichen Stromschnellen völlig unterschätzt, weil die die Warntafeln nicht lesen konnten. Mit diesen und weiteren Erkenntnissen treffen sich die Gesundheitswissenschaftler mit dem Arzt und den „Flussverantwortlichen“ um einerseits die Gefahrenstellen am und im Fluss zu beseitigen, und andererseits – bis diese Maßnahmen fertiggestellt sind – mehr Rettungsschwimmer auszubilden, den Menschen die Risiken aufzuzeigen und vor allem, ihnen ordentlich das Schwimmen beizubringen.

Das machen also Gesundheitswissenschaftler, und die Gesundheitswissenschaften bilden sozusagen diese Spezialisten für die Erforschung des Fluss- oberlaufs aus.

Akademisch gesprochen verstehen führende Wissenschaftler dieser Disziplin die Gesundheitswissenschaften als das;



„Ensemble von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen, die auf einen gemeinsa- men Gegenstandsbereich gerichtet sind, nämlich die Analyse von **Determi- nanten** und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren systemati- sche Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten. Im Zentrum des Erkenntnis- interesses der Gesundheitswissenschaften liegt ganz im Sinne von Public Health die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch Krankheits- verhütung und Gesundheitsförderung.“(Hurrelmann & Razum, 2016, S. 16).

Oder etwas kürzer ausgedrückt, ist die Gesundheitswissenschaft die;



„Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch organisierte, gemeindebezogene Maßnah- men“(Haisch, Weitkunat, & Wildner, 1999, S. 317).

Damit gehen die Gesundheitswissenschaften über die individualmedizini- schen Bemühungen der Medizin hinaus und untersuchen die Maßnahmen zur Gesunderhaltung ganzer Populationen.

Einige Autor_innen und Institutionen setzen die Gesundheitswissenschaft auch mit dem englischen „**Public Health**“ gleich (Schwartz, et al., 2003, S. 3) ([Deutsche Gesellschaft für Public Health](#)). Vertretbar erscheint dies, wenn von der Gesundheitswissenschaft im Singular die Rede ist. Hurrelmann und Razum (2016, S. 8) verweisen dennoch auf die unbefriedigende Übersetzung des Begriffs Public-Health in „Volksgesundheit“ bzw. „Bevölkerungsmedizin“,



„öffentliche Gesundheit“ oder „öffentliches Gesundheitswesen“, da diese zu- übergebühlich die medizinische Sicht bzw. die abgegrenzte Institution des öf- fentlichen Gesundheitsdienstes implizieren. Andererseits fehlt dem deutschen Begriff Gesundheitswissenschaften die direkte Benennung des Menschen als Adressaten dieser Wissenschaften. Andere Autor_innen meinen mit dem Sin- gular „Gesundheitswissenschaft“ z. T. nur eine der verschiedenen gesund- heitswissenschaftlichen Disziplinen, häufig den durchaus prominenten Be- reich der Gesundheitsförderung (Blättner & Waller, 2011, S. 9). Andersherum lautet die englische Übersetzung für den Begriff Gesundheitswissenschaften „Health Sciences“, was wiederum im englischen Sprachgebrauch neben der Public-Health vor allem die Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie und die Pflege- wissenschaften meint (Hurrelmann & Razum, 2016, S. 15). Zudem kommen im englischen akademischen Sprachgebrauch weitere Bezeichnungen wie „Life- Sciences“ und „Bio-Sciences“ hinzu, deren Forschungsobjekte neben dem Menschen, auch Flora und Fauna mit einbeziehen.

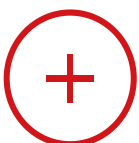
2.2 Geschichte der Gesundheitswissenschaf- ten/Public Health

Auch wenn es vereinzelt und regional begrenzt schon seit der Antike Ansätze von organisierter Bevölkerungsmedizin gab, beginnt dieses Studienmodul etwa in der Mitte des 19. Jahrhundert. Genau da verbuchten nämlich die Bio- logie- und Medizinwissenschaften große Erfolge auf den Gebieten der **Mikro- biologie** und **Infektionslehre**. Epidemien und Pandemien verursachten seit dem Mittelalter bis dahin die dringlichsten Gesundheitsprobleme, mit oft un- zähligen Toten. Der Pest im Mittelalter folgten die Pocken, mehrere Grippe- und Cholera-Epidemien, die Tuberkulose und seit den 1980er Jahren die Ver- breitung des HI-Virus. Das Identifizieren der Übertragungswege führte die me- dizinischen Bemühungen damals weg vom Individuum, hin zu gemeindebezo- genen Maßnahmen und zur Prävention. Aus dieser Problematik heraus und

gestärkt durch die wissenschaftlichen Errungenschaften in der **Bakteriologie** und **Hygiene** bei der Eindämmung von Infektionskrankheiten, entwickelte sich die Bewegung einer „socialen Medizin“ (Schwartz, 2006), die nicht mehr **den_die** einzelne_n **Patient_in** vor Augen hatte, sondern sozusagen **die Bevölkerung**.



Die bekanntesten Vertreter der Sozialhygiene bzw. sozialen Medizin waren [Max von Pettenkofer](#) (1818-1901), [Salomon Neumann](#) (1819-1908), [Rudolf Virchow](#) (1821-1902), und etwas später [Robert Koch](#) (1843-1910). Neumann plädierte als Erster bereits 1847 (und 1848 auch Virchow), dafür, dass „Medizin als eine soziale Wissenschaft“ zu verstehen sei, und der Staat für das „Wohlbefinden aller Staatsbürger zu sorgen und jedem soweit [beistehe], dass er eine gesundheitsgemäße Existenz habe“ (von Troschke, 2002). Diese politische Forderung ähnelte der heute geläufigen Definition von Gesundheitswissenschaft, als interdisziplinäre Wissenschaft zwischen Medizin, Soziologie, Politologie und Volkswirtschaft. Die Adressaten der damaligen Sozialhygiene waren hauptsächlich die armen Bevölkerungsschichten, die in beengten Wohnverhältnissen, unter schlechten Arbeitsbedingungen, mit mangelnder Nahrungsmittel- und Frischwasserversorgung lebten und dementsprechend häufiger an Erkrankungen litten und zudem Ansteckungsherde für die weitere Bevölkerung darstellten.



Den (deutschen) Begriff **Gesundheitswissenschaft** nutzten wahrscheinlich als erste allerdings die Mediziner [Adolf Gottstein](#), [Ludwig Teleky](#) und [Arthur Schlossmann](#) [Video 6:08] in ihrem 1925 erschienenen „Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“ (Gottstein, Schloßmann, & Teleky, 1925). Während der NS-Herrschaft wurden diese und andere führende Wissenschaftler mit Berufsverboten belegt, aus Deutschland vertrieben, oder sogar in Konzentrationslagern ermordet. Die Sozialhygiene des NS-Regimes betrieb sich vornehmlich auf die Etablierung der **sozialdarwinistischen** „Rassenhygiene“ die die Ausmerzungen des vermeintlich Schwachen, Kranken und unwerten Lebens durch Zwangssterilisationen und **Euthanasie** verfolgte. Daher



erfolgte ein totaler Bruch in der Entwicklung der Deutschen Gesundheitswissenschaften während und nach dem 2. Weltkrieg. In anderen westeuropäischen Ländern und den USA dagegen entwickelte sich die Public-Health-Wissenschaft kontinuierlich und erfolgreich weiter. Eine wesentliche Neuerung waren dort die Kooperationen und die direkte Vermittlung der Erkenntnisse an die Politik. So beschreiben Detels und Breslow die Aufgabe von Public-Health als;



„mobilizing and engaging local, state, national, and international resources to assure the conditions in which people can be healthy“ (Detels & Breslow, 2002).

Die **Anwendungsorientierung** der Gesundheitswissenschaften liegt somit vor allem in der Politikberatung, da diese für die Umsetzung der gesundheitsbezogenen Erkenntnisse verantwortlich ist. Die Erkenntnisweitergabe parallel dazu existiert natürlich auch, z. B. in der hoch- und berufsschulischen Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen.



Weder in der BRD noch in der DDR wurde an die gesundheitswissenschaftliche Tradition der 1920er Jahre angeknüpft. Die Gründung der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** in 1967 markierte in der BRD einen Fortschritt für die Prävention in den Folgejahren. Erst gegen 1980 erhielten die Gesundheitswissenschaften (zu dem Zeitpunkt fast ausschließlich unter der Bezeichnung Public-Health) wieder konkreten Zuspruch. Die Begrifflichkeit „Sozialhygiene“ wurde nicht wieder aufgenommen, da sie eine zu belastete Begriffsnähe zu den Gräueltaten in der NS-Zeit hatte und zudem war der Gegenstand der neuen Public-Health-Forschung nicht mehr die desolaten hygienischen Zustände der benachteiligten Bevölkerungsunter-schicht. Während des kontinuierlich stabilen Wirtschaftswachstums nahmen die Infektionskrankheiten aufgrund der verbesserten Lebensbedingungen ab, aber die chronischen „lebensstilbedingten-“ und psychischen Erkrankungen zu, und das vor

allem wieder in den unteren sozialen Schichten (Abb. 1) (Scheidt-Nave, 2010, S. 2-4), worauf in diesem Skript an späterer Stelle, (unter den sozialen Determinanten von Gesundheit S. 55) eingegangen wird.

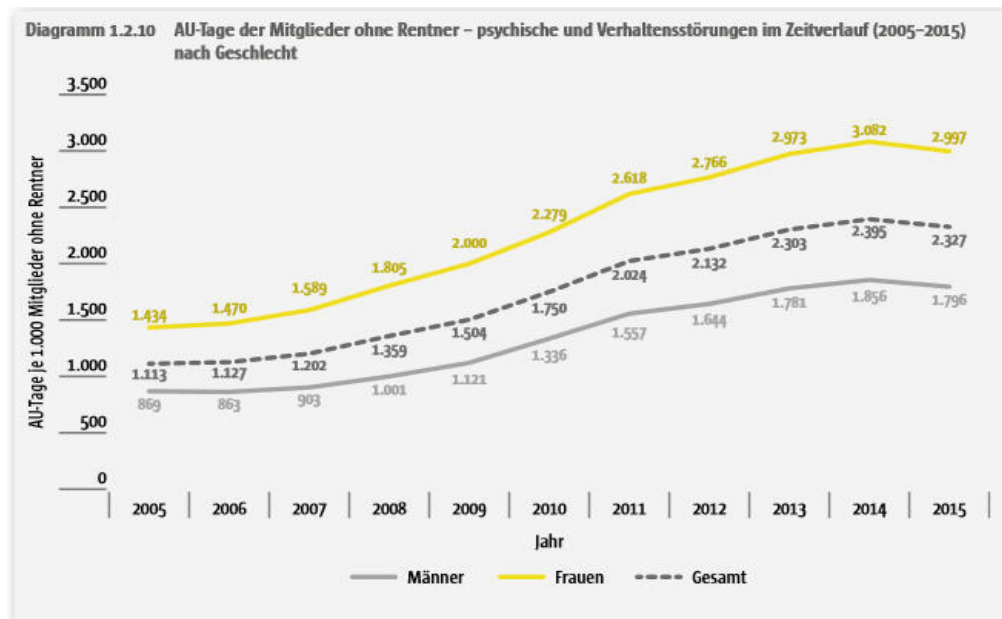


Abbildung 1: Zunahme der psychischbedingten Arbeitsunfähigkeitstage von 2005-2015 (BKK Gesundheitsreport 2016, S. 60)

Eine Neuausrichtung der Forschungsinhalte wurde nötig und die Disziplin Public-Health um den Zusatz „New“ modernisiert. Die **New Public-Health** befasst sich umfangreicher und flexibler mit den Bedingungen für Erkrankung und Gesundheit (Abb. 3). In Europa sind mittlerweile die vornehmlich nicht-übertragbaren chronischen Tumor-, Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, Diabetes- und psychischen Erkrankungen, in das zentrale Interesse der New Public-Health getreten. Laut [WHO](#) sind sie mittlerweile für über $\frac{3}{4}$ der Krankheitslasten verantwortlich. Um dem gerecht zu werden mussten die Wissenschaftsbereiche ausgeweitet und enger verzahnt werden.

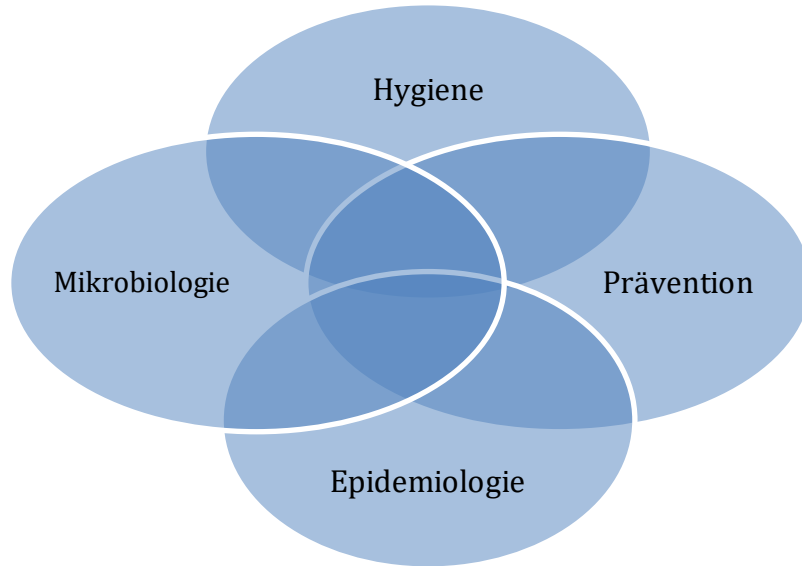


Abbildung 2: Public Health, Adressaten: Gesundheitlich unterversorgte Bevölkerungsgruppen (n. WHO)

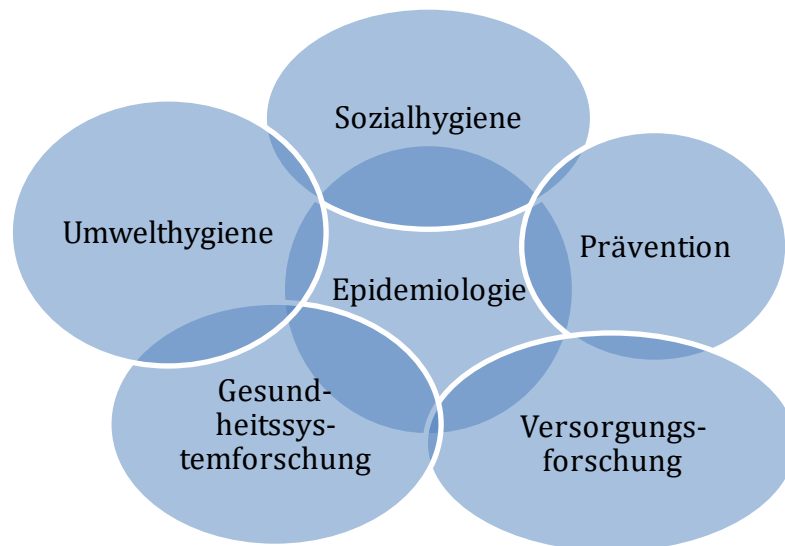


Abbildung 3: New Public Health, Adressaten: Alle Bevölkerungsgruppen (n. WHO)

Zusammenfassend lässt sich die Entwicklung und Bedeutung der Gesundheitswissenschaften anhand der von Breslow (1999) bezeichneten **3 Public Health-Revolutionen** beschreiben:



1. Die Verbesserung der **Hygiene** und Maßnahmen des **Gesundheitsschutzes**
 2. Die Identifizierung von gesundheitsschädlichen **Risikofaktoren** und deren Beeinflussung durch individuelle Verhaltensmaßnahmen
 3. Alle Maßnahmen der **Gesundheitsförderung**
- (Breslow, 1999, S. 1030-1033)

2.2.1 Wissenschaftsbereiche in den Gesundheitswissenschaften

Die fachlichen Bezugsdisziplinen aus denen sich die Gesundheitswissenschaften zusammensetzen, sind (mindestens):

- ⇒ für die biomedizinisch/somatischen Bereiche, die **Medizin** und **Zahnmedizin**, mit ihren klassischen Aufgaben der individuellen Diagnostik und Kuration (inklusive der Palliativmedizin), v. a. in der **Infektiologie** und der **Arbeitsmedizin**
- ⇒ für die seelische Gesundheit die **Psychotherapie** und **Psychosomatik**
- ⇒ für die spezielle Alters- und Arbeitsdisziplin die **Gerontologie** und **Rehabilitationswissenschaft**
- ⇒ die **Umweltmedizin** und ihre Bedeutung für den Lebensraum
- ⇒ die **Ernährungs- und Sportwissenschaften** mit ihren vielfältigen präventiven Ansätzen
- ⇒ die die Bevölkerung betreffende **Gesundheits-, Verhaltens- und Medizinsoziologie**

- ⇒ für die versorgungsspezifischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen die **Gesundheitspolitik**, das **Qualitäts- und Gesundheitsmanagement** bzw. die **Gesundheitsökonomie**
- ⇒ **Gesundheitspädagogik** und **Gesundheitskommunikation** als wichtige Basiswissenschaften zur Vermittlung präventiver und v. a. gesundheitsfördernder Maßnahmen
- ⇒ die alle Bereiche umfassende (Sozial-) **Epidemiologie**
- ⇒ seit etwa 1987 auch die **Pflegewissenschaften**
- ⇒ aber bislang nur theoretisch, die **Hebammen-, Sprach- und Therapiewissenschaften**.

s. a. (Troschke von, 2002, S. 35-36).

Die Arbeitsfelder der Gesundheitswissenschaften lassen sich so in zwei Forschungsbereiche unterteilen:

Tabelle 1: Arbeitsfelder der Gesundheitswissenschaften

<i>Gesundheitsforschung</i>
Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen und Kontexte der Gesundheits-Krankheits-Balance
Feststellung des Gesundheits-/Krankheitsstatus der Bevölkerung und Ableitung des Versorgungsbedarfs
<i>Gesundheitssystemforschung</i>
Analyse der Versorgungsbereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie/Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativmedizin und ihrer Verzahnung
Entwicklung von Modellen zur Steuerung und Finanzierung des Versorgungssystems, Beratung der Gesundheitspolitik

Wo diese einzelnen Wissenschaftsbereiche wesentliches zur **Grundlagenforschung** beitragen, geschieht dies für die Gesundheitswissenschaften in ihrer **Anwendungsorientierung**, d. h. im Versuch der Vermittlung und Umsetzung der Erkenntnisse an den verantwortlichen Stellen. Es entsteht eine Beziehung

zwischen Wissenschaft, Medizin, Gesundheitssystem, Politik und Bevölkerung (Abb. 4).

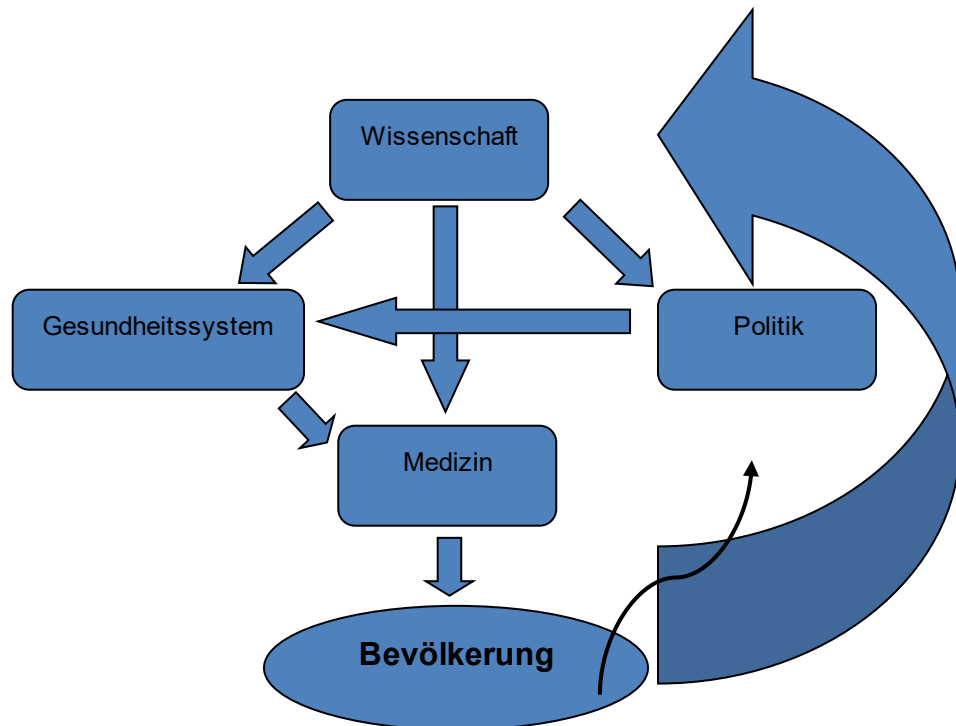


Abbildung 4: Interaktion zwischen Bevölkerung und Akteuren und Entscheidern im Gesundheitswesen. [J. Galert]

Die Heilmittelberufe stehen in ihrer Grundausbildung traditionell den medizinisch-kurativen Disziplinen nahe. Die seit Anfang 2000 aufgekommenen Akademisierungsbestrebungen, beschäftigen sich in ihren einzelnen Studiengängen weiterführend oft mit pädagogischen Inhalten, speziellen Anwendungsrichtungen bzw. den Therapiewissenschaften (z. B. Neurologie, Pädiatrie, Sportphysiotherapie, Handrehabilitation, Pflgeotherapie) oder mit Managementzielen und der Gesundheitsökonomie. Die neu etablierten primärqualifizierenden Studiengänge zur Erlangung der Berufsbezeichnung BSc. und B.A.

in Logopädie, Ergo- oder Physiotherapie vermitteln dagegen nur stark reduzierte Kenntnisse aus dem Bereich Gesundheitswissenschaften/Public-Health und Epidemiologie. In den Masterstudiengängen wird die Lehre der Gesundheitswissenschaften schon etwas ausführlicher betrieben. In der Pflegeausbildung und in vielen pflegewissenschaftlichen Studiengängen werden gesundheitswissenschaftliche und -fördernde Inhalte allein aus der länger bestehenden Professionalisierungstradition heraus regelmäßig angeboten. Das 2004 in Kraft getretene neue Krankenpflegegesetz (KrPflG) zeigt dies allein schon durch die Änderung der Berufsbezeichnung von „Krankenschwester/Krankenpfleger“ in „Gesundheits- und Krankenpfleger_in“.

Das Hauptaugenmerk Ihres Studiengangs zum „B.Sc. Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ liegt in der direkten interprofessionellen Verzahnung mit Ihren Kommiliton_Innen, und indirekt in der Öffnung zu anderen Gesundheitsberufen.



Lesen Sie sich bitte das folgende Dokument zu bestimmten Public Health Zielen durch: [Ziele von Public Health – mehr Gesundheit für alle.](#)



2.2.2 Public-Health-Institute in Deutschland

In Deutschland befasst sich (neben dem der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** s. S. 69) das **Robert-Koch-Institut (RKI)** bereits seit seiner Gründung im Jahr 1891 mit der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Doch gilt das Jahr 1994 als ein besonderes Datum für die Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In dem Jahr etablierte als erste hochschulische Einrichtung die Universität Bielefeld ihre „Fakultät für Gesundheitswissenschaften/School of Public Health“. Und ebenfalls in 1994 wurde das (bis dahin zum Bundesgesundheitsamt gehörende) **Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie** in das RKI eingegliedert und der Aufgabenbereich ergänzend auf die Erforschung nicht übertrag-



barer Krankheiten erweitert. Damit beinhaltet das RKI seitdem offiziell das **Nationale Public-Health-Institut**. In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (StBA) hat das RKI zudem die fachliche Verantwortung für die **Gesundheitsberichterstattung** des Bundes ([GBE-Bund](#)) und das Gesundheitsmonitoring, indem es allgemeinöffentlich über eine Vielzahl gesellschaftlicher Gesundheitsrisiken informiert. Darunter fallen z. B. die Informationen zu akuten Infektionskrankheiten wie z. B. der jährlich aktualisierten Karte der Frühsommer-Meningoenzephalitis-Risikogebiete (FSME) in Deutschland, oder z. B. Informationen für Ärzte und Bürger zu Epidemien, wie bei der Ebola-Epidemie seit 2014 in West-Afrika. Das RKI veröffentlicht unregelmäßig Themenhefte, wie z. B. für die Physiotherapie relevant zuletzt im November 2012 über [Rückenschmerzen](#).

Das RKI beherbergt die **Ständige Impfkommision** ([STIKO](#)), und ist zudem für die Erstellung von Hygienerichtlinien in den Einrichtungen der Patientenversorgung zuständig, also u. a. in Krankenhäusern, Pflege-, Rehabilitationseinrichtungen und Heilmittelpraxen. Über die nationalen Grenzen hinaus beteiligt sich das RKI in Zusammenarbeit mit anderen europäischen Public-Health-Instituten auch an der Überwachung des Gesundheitszustands der (europäischen) Bevölkerung.



In Berlin befindet sich zudem das [Institut für Public Health der Charité](#), welches sich der Gesundheitsforschung und -Lehre widmet, aber auch mehrere Fortbildungen, Tagungen, Vorlesungen etc. oft kostenfrei zu verschiedenen Public Health Themen [veranstaltet](#).

Literatur

Das **Handbuch Gesundheitswissenschaften** von den Herausgebern Klaus Hurrelmann und Oliver Razum (Beltz Juventa-Verlag) ist das umfangreiche Standardwerk zu den Gesundheitswissenschaften. Die Erstauflage erschien

1998 und ist mittlerweile (im Jahr 2016) zum 6. Mal neu verlegt worden. Hier steht tatsächlich alles Nötige drin, dass allerdings auch auf immerhin 1216 Seiten für knapp 100,-€!

Das Buch **Gesundheitswissenschaft** von den beiden Autoren Beate Blättner und Heiko Waller (Kohlhammer, 2011, 25,90 €), befasst sich weniger mit den gesundheitswissenschaftlichen System- und Versorgungsstrukturen, als hauptsächlich mit der Frage: Wie entsteht Gesundheit und welche Rolle spielen dabei Risiken, Ressourcen und Bewältigungsstrategien unter z. T. ungleichen Voraussetzungen in der Bevölkerung.



Das **Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe: Sozialmedizin - Public Health – Gesundheitswissenschaften** von David Klemperer, ist das lesefreundlichste unter den genannten Fachbüchern, und daher gut geeignet für Einsteiger in das Gebiet der Gesundheitswissenschaften (Hogrefe, 2015, 29,95 €).

3. Gesundheit und Krankheit



Überblick und Lernziele

- Sie erfahren wie sich das Verständnis von Krankheit und Gesundheit in verschiedenen Epochen verändert hat, und wodurch es maßgeblich geprägt wurde.
- Das Biomedizinische-, das Bio-Psycho-Soziale- und das Salutogenetische Gesundheitsmodel werden in ihren Grundzügen vorgestellt.
- Was haben Geschlecht, Alter, Sozialstatus, Arbeits- und Umweltbedingungen mit Gesundheit und Krankheit zu tun?

3.1 Historische Betrachtung von Gesundheit

Im folgenden Abschnitt werden Ihnen die Bedeutungen der Begriffe Gesundheit und Krankheit über einen sehr langen und interkulturellen Zeitraum kurz vorgestellt.

Die bereits seit 1946 anerkannte Definition der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) für den Begriff Gesundheit lautet:



„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“.

Das allumfassende Wohlbefinden – auf der körperlichen (bio), geistigen (psycho) und sozialen Ebene – ist die entscheidende Komponente für das subjektive Gefühl für Gesundheit. Eine sehr hoch gegriffene Forderung. Aber es muss einem klar sein, dass die Symptomtoleranz individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. So mag jemand wegen seiner brüchigen Fingernägel einen Hautarzt aufsuchen, eine Andere geht mit Fieber zur Arbeit. Dagegen ist der an Morbus Alzheimer Erkrankte sich seiner Vergesslichkeit – und

damit seiner Krankheit – nicht immer bewusst, ebenso wenig wie Jemand, dessen malignes Melanom (schwarzer Hautkrebs) im Anfangsstadium keine Symptome verursacht. Umgekehrt kann jedoch ein_e Sieger_in bei den paralympischen Spielen sein_ihr (soziales) Wohlbefinden vollkommener finden als vor ihrer_seiner Behinderung, oder ein Fußballer sogar mit einem gebrochenem Wadenbein noch **ein Tor schießen**.

Gesundheit ist somit immer ein rein **subjektiver und dynamischer Zustand**. War das am Anbeginn der Menschheitsgeschichte auch schon so? Natürlich, nur waren die angenommenen Ursachen für Erkrankungen über die letzten tausende von Jahren ständig andere.

Krankheiten, Verletzungen und angeborene Behinderungen wird es seit Menschengedenken, immer schon gegeben haben. Der Verfall gehört zur Biologie jeder Lebensform. Zumal bei Säugetieren und Menschen, die Wahrnehmung einer von der gewohnten Norm abweichenden Störung, i. d. R. ein verändertes Verhalten zur Folge hat. Schmerzen und vegetative Schutzreaktionen sind der natürliche Ausdruck einer tatsächlichen oder drohenden Gewebsschädigung (**Deutsche Schmerzgesellschaft**). Doch seit wann wurden diese unangenehmen Zustände als krank verstanden? Wie wurde versucht dem zu begegnen? Und seit wann versuchten „Heiler_innen“, „Kranke“ zu behandeln?

Wann der Mensch damit begann, sich „medizinisch“ um seinesgleichen zu kümmern, ist und bleibt unbekannt. Denn es existieren aus der präkulturellen Zeit naturgemäß keine schriftlichen Überlieferungen. Die Medizinhistorie datiert die ersten gesicherten Erkenntnisse dazu auf die Zeit vor mindestens 10.000 Jahren. Schädelknochen mit markanten Löchern deuten auf eine fortgeschrittene Praxis chirurgischer Maßnahmen hin (Abb. 5).

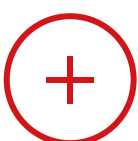


Abbildung 5: aus Chirurgische Eingriffe in der Steinzeit (Trepanation)

Andere Funde aus noch früherer Zeit lassen darauf schließen, dass verunfallte „Stammesangehörige“ mit z. B. gebrochenen Hüftknochen, Sehbehinderung, amputierten Unterarmen, über Jahre hinweg gepflegt und versorgt wurden, bevor sie an einer anderen Erkrankung oder Verletzung starben (s. z. B. Shanidar 1 und Shanidar 1).



Die ersten schriftlichen Überlieferungen über Medizin stammen aus Mesopotamien (dem heutigen Gebiet der Osttürkei, Syrien und dem Irak) etwa aus dem Jahr 3.000 v. Chr. Priester, Heilgötter und Heilrituale prägten die Heilkunde. Ca. 1.000 Jahre später wird in Indien das **Ayurveda** als Heilmethode schriftlich belegt. In China wird etwa ab 300 v. Chr. der Glaube an **böse Dämonen** als Krankheitsverursacher, durch die Vorstellung des **Qi** als gesund erhaltende Lebensenergie abgelöst – die u. a. mittels **Akupunktur** zu beeinflussen versucht wird. In Europa setzen sich die Lehren der griechischen Mediziner durch, und griechisch als „Sprache der Medizin“. Empedokles (ca. 450 v. Chr.) beschreibt die **Elementenlehre** von Feuer, Wasser, Erde und Luft, die von der Humoralpathologie aufgenommen und bis ins 19. Jhd. (!) praktiziert wird. Und um 300 v. Chr. war es Hippokrates, der als erster die Medizin als



somatische rational-empirische Wissenschaft – abseits von Glaube, Fluch oder Schicksal verstand. Dennoch wurden Apollon und dessen Sohn Asklepios weiterhin als Götter (u. a.) der Heilkunst stark verehrt.

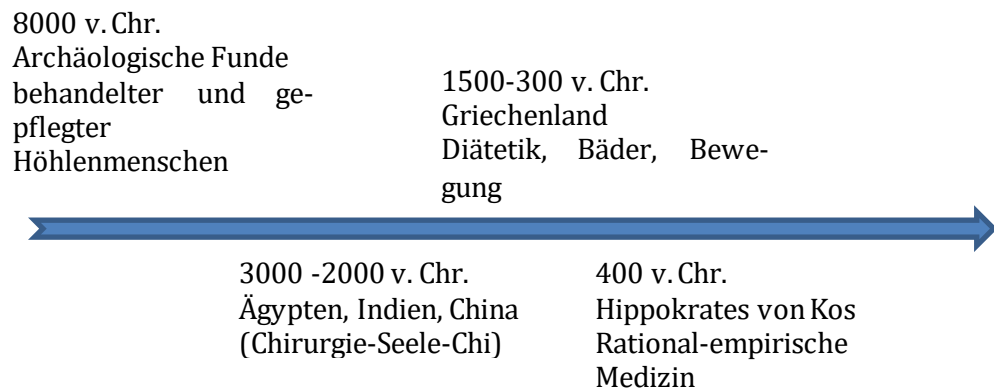


Abbildung 6: 8.000 - 400 v. Chr. Geister und Dämonen als Verursacher von Krankheit [J. Galert]

Mit der Entwicklung und Expansion des **römischen Reichs**, werden weitreichende Präventionsmaßnahmen für die Bevölkerung vor Infektionen nötig. Dies geschieht jedoch nicht über Leistungen der Medizin, sondern der Architektur. Der Bau von Wasserleitungen in die Städte sorgt für sauberes Trinkwasser und noch viel wichtiger, für die Entsorgung der Abwässer. Zudem legen die Römer stadtnahe Sümpfe trocken, und dämmen damit die Ausbreitung der Malaria ein. Der **hygienische Standard** war – für die wohlhabendere Schicht zumindest – äußerst beachtlich.



Der griechische Arzt **Galenos von Pergamon** (ca. 130-204) verband schließlich das bis dahin gesammelte antike medizinische Wissen mit seinen eigenen anatomischen Untersuchungen, die er als jahrelanger Gladiatoren-arzt und bei (z. T. verbotenen) Sektionen an Menschen, aber auch an Tieren durchführte. Seine umfangreichen und systematisch niedergeschriebenen Erkenntnisse – samt allen Fehlannahmen – überdauern mehrere Epochen und werden an den medizinischen Fakultäten bis ins 19. Jahrhundert gelehrt (Bruchhausen & Schott, 2008).



Durch die Verbreitung des christlichen Glaubens und des Prinzips der Nächstenliebe, wird die Krankenfürsorge zunehmend für die mittellosen Kranken zugänglich. Nonnen betätigen sich als **erste Pflegekräfte**. Sie versorgen und verpflegen die Kranken, und stehen ihnen durch Gebete bei. Krankheit wird oft noch als **Strafe Gottes** angesehen und der antiken „heidnischen“ Heilkunst wird nicht von allen Vertrauen geschenkt, da ja letztlich nur Gott zu heilen verstehe. Die hygienischen Errungenschaften der Römer verlieren nach deren Untergang an Bedeutung. An der Pest sind in den Folgejahren dann wahlweise die Hexen oder die Juden Schuld. Mitte des 14. Jahrhunderts verstirbt ein Drittel der europäischen Bevölkerung daran (25 Mio.).

Mit **Paracelsus** (1493-1541) erhält die Chemie Einzug in die Medizin, oder wie man es damals nannte – die Alchemie. Medizinische Universitäten florieren, und die Naturwissenschaften gewinnen gegenüber den kirchlichen Autoritäten an Bedeutung. Parallel zu den akademisch ausgebildeten Ärzten, behandeln Steinschneider, Bader, Starstecher und andere „Quacksalber“ kostengünstig die arme Bevölkerung. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen bzw. die vom Körper (und bösen Geistern etc.) getrennte Wahrnehmung von seelischen Leiden findet zunehmend Berücksichtigung. Und Fettleibigkeit galt damals auch noch keineswegs als gesundheitsschädlich, sondern als Statussymbol für Wohlstand.

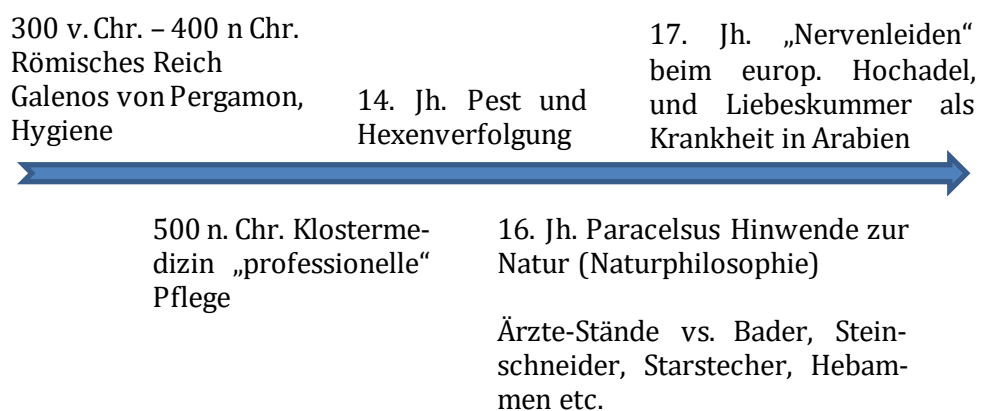


Abbildung 7: 300 v. Chr. - 17. Jh. Religion, Sünde und Magie als Verursacher von Krankheit [J. Galert]

Zu Beginn des 17. Jh. entgegnete Samuel Hahnemann mit seiner Lehre der **Homöopathie** und der Vorstellung, dass; „*similia similibus curentur*“ (Ähnliches durch Ähnliches geheilt werde) damals wie heute evidentem Medizinwissen¹. Zur Mitte des 19. Jh. prägten dann Ignaz Semmelweis, Rudolf Virchow, Louis Pasteur und Robert Koch eine neue Sicht auf die Entstehung von Krankheiten. Die **Zellulärpathologie, Infektionsbiologie und Bakteriologie** bestimmte die zukünftige medizinische Sichtweise. Mit Hinzukommen der **Radiologie** (1895) als diagnostischem Mittel, und der Entdeckung der DNA als Überträger von Erbinformationen (1943), wurde die ganzheitliche Sicht auf Krankheiten durch eine neue mechanistisch, lokal-pathologische Idee abgelöst. Dieses **biomedizinische Modell** findet sich in der sogenannten „Schulmedizin“ bis heute sehr einflussreich wieder. Mit Beginn der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (1883) entsteht auch eine weitere, **juristische Perspektive** von krank sein, nämlich dann, wenn eine dazu befugte Person dies so feststellt, d. h. ein_e Arzt_Ärztin eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellt. Kranke Arbeitnehmer_innen stehen seither unter einem gewissen Schutz und haben das Recht, Ansprüche gegenüber der Versichertengemeinschaft geltend zu machen.

In den 1940er Jahren verwiesen bereits erste wissenschaftliche Veröffentlichungen wieder auf ein erweitertes Krankheitsverständnis, wonach auch die Psyche und die jeweiligen Lebenswelten maßgeblich den Gesundheitszustand beeinflussen (Weiss & English, 1943) (Bertalanffy, 1949). Der Körper – das physische Selbst – wurde als zentraler Ort für Gesundheit und Krankheit entlastet. Das **Bio-Psycho-Soziale-Modell** war „geboren“ (Engel G. L., 1976) und auch in Detailfragen weiterentwickelt, aber von der klassischen Medizin nur halbherzig wahrgenommen. Die Suche galt weiterhin den krankmachenden, also pathogenen Umständen, wenn jetzt auch nicht mehr nur im physi-

¹Wenige Jahrzehnte vorher wurde erstmals die Wirkung von Placebos beschrieben.

schen Bereich. Erst Mitte der **1980er** Jahre wurde eingesehen, dass die bislang betriebene Medizin keine (sozio-ökonomisch) zufriedenstellenden Lösungen für die zu bewältigende Krankheitslast der Bevölkerung, und noch weniger gegen all die zunehmenden chronischen Erkrankungen zu bieten hatte (Rosenbrock, 1995, S. 140-144)(Hurrelmann, Laaser, & Razum, 2016, S. 19). Das Eliminieren aller gesundheitsschädlicher „Risikofaktoren“ wie beispielsweise, das Verbot von Nikotin, Alkohol, zu fettreicher Ernährung, Bewegungsabstinenz, Stress, aber auch Luftverschmutzung, UV-Exposition, soziale Konflikte etc. ist nun mal unmöglich. Zudem konnten die Ursachen für diverse „Krankheitszustände“ nicht mehr rein auf biochemisch-physiologische Entgleisungen zurückgeführt werden. Rund 10 Jahre davor, also zur ungefähr gleichen Zeit als Engel das bio-psycho-soziale-Modell propagierte, präsentierte Aaron Antonovsky mit dem Konzept des Kohärenzgefühls einen radikalen Sichtwechsel auf die Entstehung von Krankheit. Er stellte der **Pathogenese** die **Salutogenese** gegenüber, eingeleitet mit einer einfachen und naiv anmutenden, aber radikalen Frage „Was hält uns eigentlich gesund?“. Doch auch diese Erkenntnisse benötigten wieder viel Zeit, bis sich Mediziner und Sozialwissenschaftler intensiver damit beschäftigten.²

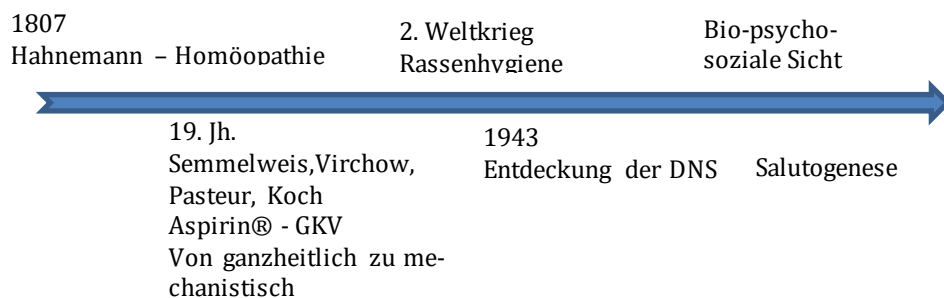


Abbildung 8: 17. Jh. - Gegenwart. Naturwissenschaft vom ganzheitlichen zum mechanistischen. Psychologie und Soziologie [J. Galert]

²Antonovskys 1987 erschienenes Buch „Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well“ wurde z. B. erst 1997 ins Deutsche übersetzt herausgegeben: „Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit“ von Alexa Franke und Nicola Schulte, dgvt-Verlag.

Die Wandlung des Gesundheitsverständnisses vollzog sich über die Menschheitsgeschichte von; externen scheinbar unbeeinflussbaren abergläubischen und religiösen Ursachen, zu pathogenen Ursachen, die zu Fehlfunktionen der „Maschine“ Mensch führten und die es zu beseitigen galt. Die **Perspektiven** auf die Krankheit waren demnach unterschiedliche. Die Perspektive der **Religionen** war die der Bestrafung von Sünden. Die der **Medizin** ist die vom Experten festgestellte Normabweichung mit Funktionsstörung, und die Perspektive der **Gesellschaft** entspricht der Leistungsfähigkeit des Individuums, vornehmlich in der Arbeitswelt, aber auch in der sozialen Rolle als Elternteil, Lebenspartner_in, Oma, (ehrenamtliche_r) Helfer_in in einer Gemeinschaft etc. Die **individuelle** Wahrnehmung von Krankheit beruht dagegen i. d. R. auf der einfachen Bewertung der eigenen Lebensqualität, als Ergebnis von Schmerzfreiheit, vollständiger Funktionsfähigkeit und Partizipation. Krank ist nicht gleich krank, und die Lebensdauer ist nicht allein ausschlaggebend für ein gesundes und zufriedenes Leben (Exkurs → [QUALYs](#)). Auch spätestens seit dem Weltgesundheitskongress 1986 in Ottawa wird Gesundheit nicht mehr als ein fixer Zustand verstanden, sondern als Prozess und wichtigste Ressource für eine gute Lebensqualität (s. [Ottawa-Charter für Gesundheitsförderung](#)). Dies ist die positive Sicht auf die beiden zusammengehörenden Zustände: Krankheit und Gesundheit.

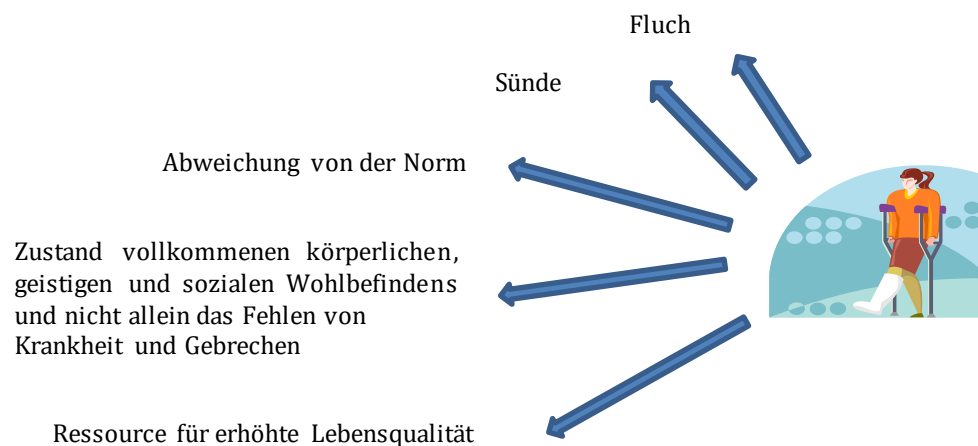


Abbildung 9: Ursachen und Definitionen von Krankheit/Gesundheit in der jüngeren Menschheitsgeschichte [J. Galert]

Zusammenfassung

Diese knappe Zusammenfassung sollte Ihnen die historisch und kulturell bedingten unterschiedlich angenommenen Ursachen (heute würde man „Risikofaktoren“ und „Stressoren“ sagen) für Krankheiten, wie auch für die verschiedenen Therapievorstellungen deutlich machen. Nach der abschließenden Bearbeitung dieses Kapitels sollten Sie auch eine ungefähre Vorstellung zur Entwicklung der „heilenden“ Professionen haben. Angefangen bei den „Ältesten“, „Weisen“ und „Heilern“ (bzw. vermutlich „Heilerinnen“) eines Stammes, über spezielle Götter, Gottgesandte, Priester und Quacksalber, aber auch über die Mediziner_innen, mit ihrer rund 2.500-jährigen Wissenstradition, bis zu den heutigen professionellen Heilberufen, Pflegekräften und Assistenzberufen.

3.2 Modelle von Krankheit und Gesundheit

Wie bereits im vorigen Kapitel gesehen, gab und gibt es die unterschiedlichsten Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Vernünftigerweise müssen wir daher annehmen, dass die Erklärungsmodelle die wir momentan kennen und annehmen nicht endgültig sein können, sie sind allerdings hilfreich genug, um akute Krankheiten festzustellen und zu behandeln, bzw. Strategien zu entwickeln, um gesünder zu leben.

In den folgenden Unterkapiteln werden die gebräuchlichsten drei gesundheitswissenschaftlichen Modelle zur Erklärung von Krankheit und Gesundheit vorgestellt. Die beiden **pathogenen Modelle** (Biomedizinisches und Bio-Psychosoziales Modell), die das krank werden und krank sein begründen, unterscheiden sich dabei grundlegend vom **salutogenen Modell** (der Salutogenese) welches das Gesundbleiben zu erklären versucht.

3.2.1 Biomedizinisches Modell



Allen pathogenen Gesundheitsmodellen gemein ist die Annahme, dass Gesundheit ein homöostatischer Zustand ist, der durch **Risikofaktoren** negativ beeinflusst wird. D. h., jeder Krankheit wird mindestens eine greifbare gesundheitsschädliche Ursache (Risikofaktor) zugesprochen.



Als Risikofaktor³ wird ein Faktor bezeichnet, der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung erhöht. (Klemperer, 2015, S. 112)

Diese Annahme findet sich am stärksten im biomedizinischen Modell wieder und dort primär bei den **körperlichen Auswirkungen** der Risikofaktoren. Diese Risikofaktoren können physikalischer, chemischer und biologischer

³Der Begriff Risikofaktor ist auch in der Epidemiologie von großer Bedeutung und wird Ihnen im dortigen Kapitel noch häufiger begegnen.

Herkunft sein (Hafen, 2007). Zum Beispiel durch Verletzungen, bzw. Überlastungen, Infektionen, Vergiftungen u. ä.

Beispielsweise: Erreger → Infektion → Erkrankung

Medizinische Maßnahmen, die beim Auftreten von Symptomen bzw. dem Auffinden durch labor-, radiologischen oder anderer diagnostischen Untersuchungen eingeleitet werden, bemühen sich i. d. R. zunächst um die Beseitigung der Risikofaktoren, um dann den homöostatischen Zustand mittels physikalisch-, chemisch- und/oder biologisch-medizinischer Interventionen wieder herzustellen. Die Vermeidung von (angeblichen) Risikofaktoren besitzt somit schon einen eigenen bedeutenden präventiven Charakter (Mathe, 2005). Diese Vorgehensweise zeigt sich bei der Bekämpfung von akuten Geschehen wie Infektionserkrankungen und Traumata auch als überaus erfolgreich.

Das „Heilen“ durch das alleinige Auffinden und Entfernen von anatomischen und/oder physiologischen Defekten misslingt jedoch häufig (Hayden, van Tulder, Malmivaara, & Koes, 2005, S. 765-775)(Seeger, 2001, S. 461-467)(Keel, Schwarz, Brem, & Operschall, 2007, S. 514-519), da u. a. physiologische Alterungsprozesse nicht als Risikofaktoren bezeichnet und beseitigt werden können, und Schmerz-verstärkende psychologische Prozesse (wie z. B. Depressivität, schmerzbezogene Gedanken, Stress, Trauer) häufig nicht mit einbezogen werden (Egger J. W., 2005, S. 3-12). Im Biomedizinischen Modell werden Krankheiten erst valide, wenn objektivierende diagnostische Maßnahmen eine Abweichung von „Normwerten“ feststellen können.

„Die Medizin ist so weit fortgeschritten, dass niemand mehr gesund ist.“
[Aldous Huxley](#)

Was Aldous Huxley bereit Mitte des 20. Jahrhunderts befand, müsste heutzutage umso mehr stimmen. Und tut's allem Anschein nach auch. Subjektiver Leidensdruck geht einher mit nicht kompensierbarer Überforderung in Familie



und Beruf, gefördert durch „Lifestyle-Erkrankungen“ aus den Medien, und diagnostischen Möglichkeiten zur präventiven Behandlung an sonst latent oder nur kurzzeitig verlaufenden Befindlichkeitsstörungen. Auch die **Medikalisierung** – d. h. die „Anwendung medizinischer Theorien und Modelle auf Probleme und Zustände [...], die bis dahin nicht als medizinische Probleme angesehen wurden und nicht mit medizinischen Mitteln gehandhabt wurden“ (Klemperer, 2015, 147f), bestätigen Huxleys Sicht auf die biomedizinische Sichtweise. Allerdings stoßen die biomedizinischen Diagnosemethoden bei der Verifizierung subjektiver Krankheitsempfindungen und einigen chronischen Beschwerden häufig an ihre Grenzen. Auch seelische/psychische Erkrankungen lassen sich mit dem biomedizinischen Modell bislang nur unzureichend erklären, auch wenn das relativ junge Fachgebiet der Psycho-Neuro-Immunologie beachtliche Erkenntnisse bei den Zusammenhängen zwischen physiologischen Abläufen und der Psyche hervorgebracht hat. Andererseits lassen sich Schlaganfälle, Kreuzbandrupturen, Dekubiti, Aphasien, die Parkinson'sche Krankheit und viele weitere Krankheitsbilder aus dem Spektrum der Heilmittelbringer/Gesundheitsfachberufe sehr gut mit diesem Modell erklären. Auch die Behandlungsmethoden basieren i. d. R. auf biomedizinischen Annahmen, obwohl es für viele dieser Methoden (noch) keine ausreichende Evidenz zu geben scheint.

Daher zählt für das biomedizinische Modell auch weiterhin folgendes Zitat:

*„Leicht sieht ein jeder, der nicht blind. Wie krank wir trotz der Ärzte sind.
Doch nie wird man die Frage klären, wie krank wir ohne Ärzte wären.“*
Eugen Roth

3.2.2 Bio-Psycho-Soziales Modell

Das biopsychosoziale Modell bezieht dagegen die **psycho-sozialen** Faktoren mit ein (Egger, 2005; Engel, 1976, (Engel G. L., 1977, S. 129-136). „Krankheit und Unwohlsein“ findet demnach nicht biologisch oder psychisch oder soziologisch statt, sondern in diesen Ebenen parallel (ebd.).

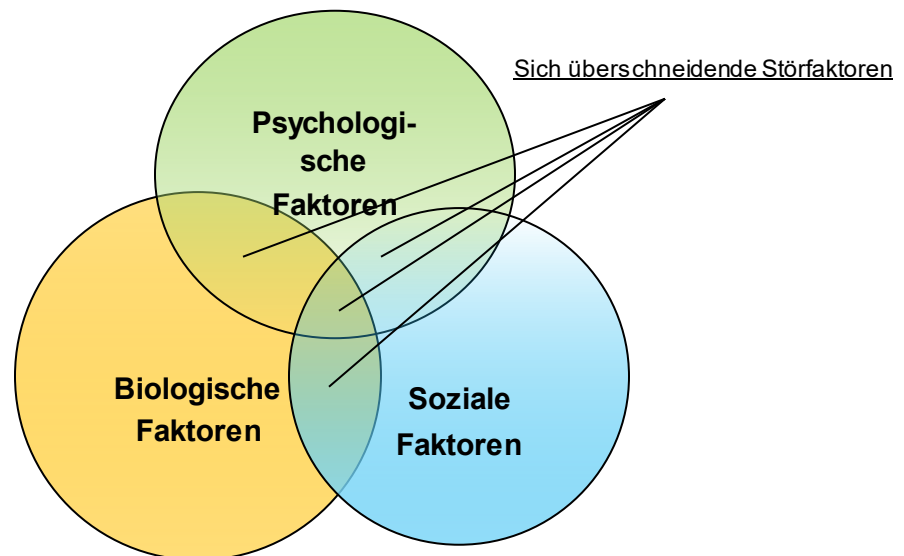


Abbildung 10: Das Bio-Psycho-Soziale Modell [J. Galert]

Das Gesundheits- bzw. Krankheitserleben wird neben dem körperlichen Zustand, ebenso von der psychischen Stabilität, der sozialen Einbettung und Umgebung einer Person, bzw. deren Umgang mit körperlichen-, emotionalen-, gesellschaftlichen und umweltlichen-Störfaktoren mitbestimmt. Eine Person mit erworbener Querschnittslähmung z. B. empfindet ihre Lage sicherlich anders, wenn sie die „beste“ medizinische Versorgung erhält, von ihrer Familie liebevoll unterstützt wird, selbstbestimmt einer beruflichen Tätigkeit nachgehen kann und über eine optimistische psychische Grundeinstellung verfügt, als jemand, der diese medizinischen und psycho-sozialen Bedingungen fehlen. Ebenso kann ein lautes Wohn- oder Arbeitsumfeld dauerhaft die Gesundheit beeinträchtigen, während das motivierte nächtelange Durcharbeiten an einem „Herzens-Projekt“ nach erfolgreichem Abschluss, Kraft und Freude aufkommen lassen kann.

Obwohl das Bio-Psycho-Soziale-Modell erst Ende der 1970er Jahre durch Georg L. Engel (1976, 1977) soweit ausformuliert und erfolgreich propagiert wurde, dass es in der Medizin wahrgenommen wurde, existiert die Erkenntnis, dass Menschen eben nicht wie eine Maschine funktionieren schon seit den 1940er Jahren. Die Definition von Gesundheit durch die WHO im Jahre 1946 (s. S. 23) enthält explizit die Formulierung, dass zur Gesundheit auch das vollständige körperliche, **seelische und soziale** Wohlbefinden gehört. Für die Therapie bedeutet dies zugleich, dass das psycho-soziale Umfeld stärker mit in die Behandlung einbezogen werden sollte. Gängig ist dies (oder sollte es sein) bei der Behandlung von Kindern und ambulant Pflegebedürftigen – mit der jeweiligen Einbeziehung der Eltern bzw. der Ehepartner, der Kinder, bzw. der Bezugspersonen. Die Ausweitung der Einbeziehung der Bezugspersonen in weitere Therapiekonzepte, ist dagegen sicherlich noch ausbaufähig.

Für die juristische Einordnung von Krankheit und Gesundheit eignet sich das Bio-Psycho-Soziale-Modell jedoch relativ wenig. Denn es erklärt nicht konkret, ab wann das seelische und/oder soziale Wohlbefinden soweit gestört ist, dass der/dem „daran Leidenden“ unterstützende Leistungen seitens der Kostenträger-Gemeinschaft zustehen.

Seine Stärke besitzt das Modell dafür bei der Entwicklung von **Präventionsprogrammen**. Die immense Bedeutung der **Verhältnisprävention** (s. S. 58) – im Gegensatz zur **Verhaltensprävention** – wurde durch die Bio-Psycho-Sozialen Sichtweise so erst möglich.



"Ist das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der täglichen Praxis überhaupt anwendbar?"

3.2.3 Salutogenese

*„Nicht die Umstände bestimmen des Menschen Glück,
sondern seine Fähigkeit zur Bewältigung der Umstände“*
Aaron Antonovsky

Zum Einstieg in ein drittes Gesundheitsmodell, bedienen wir uns einem etwas extremen Beispiel. Bei Personen, die gleichzeitig ähnlichen bio-psycho-sozialen Risikofaktoren ausgesetzt sind wie Bewegungsmangel, Depression, Übergewicht, Nikotin- und Alkoholsucht, Ehescheidung und Arbeitslosigkeit, ist die individuelle Krankheitsbiografie dennoch heterogen, zumindest was den Zeitpunkt des Auftretens ähnlicher Krankheiten betrifft. Oder andersherum, eine junge, sportliche, beruflich engagierte und erfolgreiche Person, mit Reichtum und sozialen Bindungen überhäuft, ohne Süchte und Laster, kann dennoch eine Depression entwickeln oder an Krebs sterben. Es gibt kettenrauchende Greise, und viel zu früh versterbende Kinder. Bestimmte Erkrankungen lassen sich auf genetische Disposition und Verhaltensweisen zurückführen, andere wiederum nicht. Es muss also wohl noch weitere bisher unbenannte Faktoren geben, die das kranksein begünstigen, bzw. das gesundwerden unterstützen. Bisher wurde auch nur von den pathogenetischen, also Krankheit verursachenden Faktoren gesprochen, nicht jedoch die Überlegung angestellt, was gesund hält bzw. warum wir *überhaupt* krank werden.

Stressoren und Widerstandsressourcen

Was im Biomedizinischen Modell als „Risikofaktor“ bezeichnet wurde, entspricht in der Salutogenese ungefähr der Begrifflichkeit „Stressor“. Primär sind dies Stimuli, die entweder als irrelevant, oder als Bedrohung interpretiert werden können. Bis hierher stellen Stressoren aber noch kein Problem für das Individuum dar. Erst im zweiten Bewertungsschritt, wenn die Reizdauer oder Intensität des Stressors die eigenen protektiven Ressourcen übersteigt, also die Bedrohung nicht abgewendet werden kann, wird der Stress als schädigende Bedrohung wahrgenommen (Disstress) (Antonovsky, 1979).



Stressoren = „Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (Antonovsky, 1997, S. 43).

Und die Salutogenese sucht sozusagen nach Bewältigungsstrategien (*coping strategies*) zum Schutz vor Gesundheit schädigenden Stressoren.

Das Kohärenzgefühl (sense of coherence – SOC)

Aber jetzt noch mal zurück zur Frage: Was hält Menschen denn nun gesund? Diese Frage stellte sich der amerikanisch-israelische Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren. Bei einer Untersuchung israelischer Frauen, bei der nur im sekundären Zusammenhang nach einer Gefangennahme in einem Konzentrationslager gefragt wurde, stellte sich heraus, dass sich immerhin 29 % dieser Frauen in einer guten emotionalen und physischen Verfassung befanden, obwohl sie traumatischste Erlebnisse durchgemacht hatten. Von diesem Ergebnis überrascht, entwickelte Antonovsky das theoretische Modell der Salutogenese, das der Frage nachgeht, welche Stress-Bewältigungsstrategien (Coping) dem Menschen innewohnen.

Antonovsky entwarf aufgrund seiner Überlegungen das Konstrukt des Kohärenzgefühls, welches eine **individuelle Grundhaltung gegenüber der Welt (extern) und des Lebens (intern)** widerspiegelt. Antonovsky definiert das SOC als „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

Genauer betrachtet setzt sich das Kohärenzgefühl, seiner Beschreibung nach aus den drei Dimensionen **Verstehbarkeit** (*comprehensibility*), **Handhabbarkeit** (*manageability*) und **Bedeutsamkeit** (*meaningfulness*) zusammen.

Im Einzelnen interpretiert Antonovsky die Komponenten des Kohärenzgefühls wie folgt:

Verstehbarkeit beschreibt das Vertrauen des Menschen in die Vorhersagbarkeit und Strukturierbarkeit von auf ihn zukommenden Stressoren. Auch wenn diese Stimuli noch so überraschend auftreten, sind sie für Person mit einem hohen Grad an Verstehbarkeit keine „unfassbaren Schicksalsschläge“, sondern in einem entsprechenden Ausmaß dennoch erklärbar.

Handhabbarkeit bezeichnet die Zuversicht des Menschen, über die geeigneten und notwendigen Ressourcen zu verfügen, um die auf sie zukommenden Stressoren zu bewältigen. Diese Ressourcen können in einem selbst liegen oder man hat das Vertrauen, diese Kräfte von anderen verliehen zu bekommen – Ehepartnern, Freunden, ‚Gott‘, einer Therapeutin, der Geschichte, dem Parteiführer etc. Bedauerliche Dinge geschehen im Leben, doch kann man damit umgehen und fühlt sich nicht in eine Opferrolle gedrängt.

Bedeutsamkeit beschreibt die Fähigkeit, auch in den Widrigkeiten des Lebens lohnenswerte Herausforderungen zu erkennen die es wert sind, in sie Energie und Engagement zu investieren, um sie mit Würde zu überwinden und diese nicht nur widerstrebend überstehen zu müssen. Menschen, die diese Fähigkeit nur gering ausgeprägt haben, versuchen den Problemen des Lebens lieber auszuweichen, da sie diese nur als Ballast empfinden.

Die beiden Komponenten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit repräsentieren laut Antonovsky **kognitive Aspekte** des Kohärenzgefühls, die Komponente der Bedeutsamkeit eher einen **emotionalen Aspekt**. Der Bedeutsamkeit-Komponente wird zudem die höchste Priorität bei der Entwicklung des SOC zugeschrieben (Blättner & Waller, 2011, S. 161)

Antonovsky beschrieb die **Entwicklung des SOC** durch bestimmte Lebenserfahrungen, als einen dynamischen Prozess. Gekennzeichnet sind diese durch die drei Lebenserfahrungs-Muster;

- ⇒ der **Konsistenz**,
- ⇒ der **Balance** von Unter- und Überforderung und der
- ⇒ **Teilhabe** an Entscheidungsprozessen.

Er mutmaßte, dass konsistente Lebenserfahrungen, die durch eigenes Tun und Entscheiden beeinflusst werden und die Probleme und Aufgaben, die aus ihnen resultieren, die Person weder unter- noch überfordern, das SOC stärken können.

Antonovsky ordnete diese Muster der Lebenserfahrungen den drei Komponenten des SOC wie folgt zu: „Konsistente Erfahrungen schaffen die Basis für die *Verstehbarkeitskomponente*, eine gute Belastungsbalance, diejenige für die *Handhabbarkeitskomponente* und [...] die Partizipation an der Gestaltung des Handlungsergebnisses, diejenige für die *Bedeutsamkeitskomponente*“ (1997, S. 93).

Für gesundheitsfördernde Programme wie z. B. dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, gelten die Transparenz über alle Projektschritte, die Teilhabe an den gesundheitsbezogenen Entscheidungsprozessen (Verstehbarkeit), die Anerkennung für dieses Engagement (Bedeutsamkeit) sowie die nachhaltige Verankerung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen (Konsistenz) als Qualitätsindikatoren (Blättner & Waller, 2011, S. 163).

In der Mehrzahl wissenschaftlicher Untersuchungen wurde bestätigt, dass das subjektiv körperliche aber insbesondere das psychische Befinden mit dem Kohärenzgefühl positiv korreliert. In einer Literaturrecherche aus 471 wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema Salutogenese und Gesundheit, stellten Eriksson et al. z. B. folgendes Ergebnis fest:

„SOC is strongly related to perceived health, especially mental health. The stronger the SOC the better the perceived health in general [...] the SOC seems to be able to predict health.“ (Eriksson & Lindström, 2005, S. 460-466)

SOC-Fragebogen

Zur Objektivierung des SOC, entwickelte Antonovsky 1983 den „Fragebogen zur Lebensorientierung“ zur Bestimmung des Kohärenzgefühls. Um den SOC-Fragebogen kennen zu lernen, beantworten Sie bitte den übersetzten Fragebogen (von T. Abel 1995) in der originalen Lang-Version SOC-29 (Crombachs $\alpha = 0,92$).

"SOC - Fragebogen zur Lebensorientierung"

Die Validität des Fragebogens zur Bestimmung des SOC wurde u. a. in Untersuchungen von Schumacher et al. (2000) bestätigt. Der Fragebogen ist auch in der verkürzten Versionen mit 13 ($\alpha = 0,85$) und 9 Items ($\alpha = 0,87$) gebräuchlich und ausreichend reliabel.

Das HEDE Kontinuum

In der Salutogenese wird Gesundheit nicht als das Gegenteil von Krankheit, sondern als ein dynamischer Prozess angesehen. Antonovsky hat diesen dynamischen Prozess als das **HEDE Kontinuum** (*health ease/dis-ease continuum*⁴) beschrieben. Ein Mensch ist nie nur gesund oder krank, er bewegt sich immer zwischen zwei Polen, mal näher an dem einen Punkt und mal näher an dem anderen (Antonovsky, 1979, S. 56). Als Extremfall der einen Seite, ist der Tod leicht zu definieren, während auf der anderen Seite des Kontinuums der subjektiv wünschenswerteste bio-psycho-soziale Zustand liegt, der erreichbar zu sein scheint. So steckt in jedem Schwerstkranken auch immer

⁴Die korrekte deutsche Übersetzung für *health ease/dis-ease continuum* lautet nicht „Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum“, sondern eher „Wohlbefinden-/Unwohlbefindens-Kontinuum“.

noch etwas Gesundheit, und in jeder geringfügigen Linderung eine Verschiebung zur Health-Ease-Seite.



Abbildung 11: HEDE-Kontinuum (Health Ease/Dis-Ease-Continuum) [J. Galert]

Die Salutogenese versucht die Position auf dem Kontinuum zu jeder Zeit im Leben eines Menschen – durch die Stärkung des SOC – weiter auf die Seite des Wohlbefindens zu verschieben.

Eine schnelle und einfache Erklärung der Salutogenese ist auf dem „StuPsy“-Channel zu sehen.



[Was hält Menschen gesund? | Das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky | im Channel StuPsy Gesundheitspsychologie \[6:14 Min.\]](#)

Antonovskys Fluss-Metapher

Antonovsky verwendete zur Verdeutlichung seines salutogenetischen Modells eine Fluss-Metapher, bei der er Erkrankungen mit einem Fluss verglich, in dem sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens mal kürzer, mal länger befindet. Nun gibt es drei Möglichkeiten, der betroffenen Person diese Phase ihres Lebens zu erleichtern.

1. Es kann versucht werden, gefährliche Hindernisse aus dem Weg zu räumen, Strömungen, Stromschnellen und Strudel zu entschärfen. Dieses Vorgehen entspricht präventiven und gesundheitspolitischen

Aufgaben (z. B. Richtlinien zur Schadstoffbegrenzung, Regeln für Arbeits- und Verkehrssicherheit, die Entwicklung und Verbreitung von Informationen, die allgemein als gesundheitsprotektiv gelten usw.).

2. Besonders verbreitet sind die Versuche, die im Fluss Befindlichen aus dem Fluss „herauszufischen“. Dies ist mit den kurativen medizinischen Bemühungen gleichzusetzen.
3. Der Person wird das Schwimmen beigebracht. Dieser Punkt meint die Stärkung des SOC, zumindest aber der Bewusstmachung der eigenen Verantwortung für die Situation, in der man sich gerade befindet.

Dieser dritte und entscheidende Punkt, beschreibt alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Ein Beispiel, wie Salutogenese außerhalb von Therapiemethoden und Umweltbedingungen angewendet werden kann, ist die **salutogene Kommunikation**. In der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach Rogers (Rogers, 1994) finden sich Grundlagen, die einer salutogenen Kommunikation nützlich sein könnten. Dazu gehören die drei Grundhaltungen der

- ⇒ positiven Wertschätzung gegenüber der_m Patient_in mit ihrer_seinen Schwierigkeiten und Eigenheiten,
- ⇒ Empathie als einfühlsames Verstehen der Welt und der Probleme aus der Sicht des Patienten sowie die Fähigkeit, diese Empathie dem Patienten zu kommunizieren. Grundformen der Empathie sind beispielsweise die Wiederholung des Mitgeteilten und die Konkretisierung des Gesagten,
- ⇒ Kongruenz (Echtheit, Wahrhaftigkeit) gegenüber dem Patienten, also das offene Wahrnehmen des eigenen Erlebens als Pfleger_in/Therapeut_in, der/die mit der_m Patienten_in in Beziehung steht (Finke, 2004).

Ziel von Rogers Kommunikationsgrundlagen ist die Förderung der Selbstentfaltung und die damit einhergehende Aktivierung von Ressourcen des Patienten und nicht seiner Bevormundung.

Neben dem von Aaron Antonovsky (1979) am umfassendsten beschriebenen salutogenen Model mit dem Kohärenzgefühl als zentralem Konstrukt, sind namentlich noch u. a. die:

- Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura, 1997), das
- Hardiness-Konstrukt (Kobasa, 1979) und das
- Stress-Coping-Modell (Lazarus, 1991)

als Modelle mit salutogenem Ansatz zu benennen (auch bekannt unter der Bezeichnung – *systemische Anforderungs-Ressourcen Modelle* = **SAR**).

Ihnen gemein ist die Vorstellung einer Belastungs-Bewältigungs-Balance, die Gesundheit als Ergebnis eines gelungenen Coping-Prozesses beschreibt. Dies bedeutet, dass der Gesundheitszustand eines Menschen mit davon abhängt, wie gut er externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen bewältigt.

Zusammenfassung

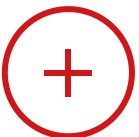
Aufgrund der historisch gesehen unterschiedlichsten Annahmen von Gesundheit und Krankheit, müssen wir vernünftigerweise annehmen, dass die Erklärungsmodelle die wir momentan kennen und annehmen, nicht endgültig sein können. Die Gesundheitsansichten einer jungen und „modernen“ Bevölkerungsschicht verändern das Verhalten und das Verständnis zum krank werden und gesund bleiben. Gesundheits-Apps, Fitness-Tracker/Wearables etc. vereinfachen die Gesundheitsüberwachung und unterstützen Präventionsmaßnahmen. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird nach außen auf elektronische Devices verlagert. Die Schnittstelle von Prävention und Gesundheitsförderung zu Wellness, Lifestyle und zur Selbstoptimierung wird dabei immer fließender. Pharmazeutisch individualisierte Medizin – wie sie zur maßgeschneiderten Tumorbehandlung bereits eingesetzt werden kann, die Digitalisierung mit Big-Data-Analysen zu zahlreichen persönlichen Körperdaten und deren Datenaustausch zwischen verschiedenen Akteuren, das Tissue Engineering, Bionic-Implantate, etc. sind die Vorreiter einer neuen Medizin-Technologisierung, auf die sich die Pflege und die Medizinfachberufe in Teilen einstellen sollten, auch weil sie das Verständnis der Gesundheitsmodelle mit verändern werden.



Literatur

Ein guter und kostenloser Einstieg in das Thema Salutogenese ist mit dem von der BZgA herausgegebenen Buch: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese (2001) gegeben.

Absolut empfehlenswert ist die deutsche Übersetzung von Antonovskys zweitem Buch „Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well“, von Alexa Franke und Nicola Schulte: „**Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit**“ (dgvT-Verlag, 1997).



3.3 Determinanten von Gesundheit

Der Gesundheits-/Krankheitsverlauf des Menschen wird durch seine_ihre Verhaltens- und Lebensweisen mitbestimmt. Dies ist mittlerweile allgemein anerkannt (Egger, Low, & Razum, 2014, S. 12 & 343 f.). Ebenso haben auch die Lebensbedingungen einen starken Einfluss auf die Gesundheit. Diese Faktoren werden in der Public-Health-Fachsprache als **Determinanten** bezeichnet (Abb. 13).

Determinanten von Gesundheit sind die „begriffliche“ Weiterentwicklung der rein gesundheitsschädlichen Risikofaktoren – denn sie können sich im Gegensatz zu diesen, nicht nur negativ, sondern auch positiv auf die Gesundheit auswirken.

Zu unterscheiden sind beeinflussbare von unbeeinflussbaren Determinanten. Zu den unbeeinflussbaren zählen klar das Alter, genetische Veranlagungen und das Geschlecht⁵. Andere Determinanten sind mal mehr mal weniger beeinflussbar, wie:

- ⇒ Verhalten- und Lebensweisen,
- ⇒ Bildung,
- ⇒ Arbeitsbedingungen,
- ⇒ Gesundheitsversorgung,
- ⇒ Wohnverhältnisse,
- ⇒ hygienische Bedingungen,
- ⇒ Lebensmittelqualität,
- ⇒ soziale Kontakte,
- ⇒ friedliches Lebensumfeld u.s.w.

Im Folgenden werden Ihnen die geschlechts- und altersspezifischen Determinanten, und etwas ausführlicher, die soziale Determinante vorgestellt, die, vor

⁵wobei Transsexuellen, die subjektiv „im falschen Körper Leben“ mittlerweile zunehmend geholfen werden kann.

allem aufgrund ihrer vorherrschenden (vermeidbaren und theoretisch beeinflussbaren) Ungleichheit (*Inequality*) von besonderem Interesse für die Gesundheitswissenschaften ist.⁶

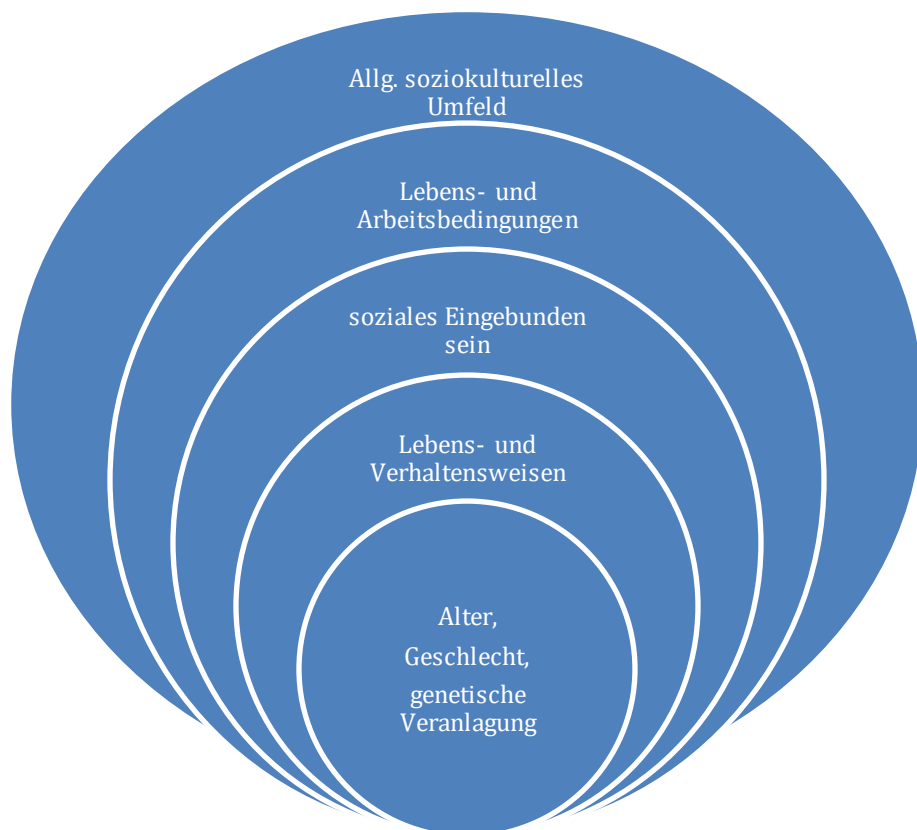


Abbildung 12: Determinanten von Gesundheit. [J. Galert]

⁶Die Determinanten Alter, Geschlecht, soziale Lage und Migration werden ebenso in den Modulen **C4 Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit** und **C5 Lebenswelten und Gesundheit** aufgegriffen und weiter ausgeführt.

3.3.1 Geschlechtsspezifische Determinanten von Gesundheit/Krankheit



Die Lebenserwartung von Männern ist weltweit geringer als die von Frauen. In Deutschland beträgt der Unterschied z. Z. etwa 4,8 Jahre, die Frauen (83,2) länger leben als Männer (78,4 Jahre: [aktuelle Sterbetafel 2015/17](#)). Dieser Unterschied ist allerdings nicht vollumfänglich durch biologische Unterschiede oder geschlechtsspezifische Krankheiten zu erklären. Werden (Arbeits-)Unfälle, Tötungsdelikte und Suizide aus der Statistik heraus gerechnet, beträgt die Spanne nur noch zwei Jahre! Die Quote der tödlich verunfallten Männer und Jungen zum Beispiel, war 2014 dem [Statistischen Bundesamt](#) zufolge drei Mal so hoch, wie bei den Frauen und Mädchen (73,3% zu 25,7%). Betrachtet man dann noch Gruppen, die annähernd gleiche Lebensstile führen und unter gleichen Lebensbedingungen zusammenleben – wie z. B. in einem Kloster – verringert sich die Lebensdifferenz auf nur noch ein Jahr (s. [Klosterstudie](#)).

Wo sich im Gesundheitsverhalten Männer von Frauen weiterhin stark unterscheiden, ist in der Wahrnehmung von Früherkennungs-Untersuchungen. Beispielsweise haben in 2017 nur rund 27% der Männer über 45 Jahren eine Prostatakrebs-Früherkennung durchführen lassen, während es etwa 58% der Frauen über dem 20 Lebensjahr waren, die sich gynäkologisch auf Krebserkrankungen untersuchen ließen ([Ärzte Zeitung 08.08.2018](#)).

Männer führen zwar weiterhin ein allgemein ungesünderes und risikobehafteteres Leben als Frauen, doch verringert sich die Differenz der Sterblichkeitsraten der Geschlechter – zumindest in den Industrienationen – seit ca. 20 Jahren kontinuierlich. Dennoch werden Frauen weltweit weiterhin benachteiligt, wenn es um Zugang zur Bildung und Chancengleichheit geht, was sich schlussendlich auch in einer niedrigeren Entlohnung (auch bei gleicher Arbeitsleistung) widerspiegelt (s. Soziale Determinanten von Gesundheit s. 58). Andererseits haben über einen längeren historischen Zeitraum betrachtet, selbst in Krisenzeiten Frauen fast immer eine längere Lebenserwartung gehabt ([Proceedings of the National Academy of Sciences](#)).



Der gesundheitswissenschaftlich englische Fachbegriff für *Geschlechtsspezifische Lebenserwartung* lautet übrigens: **Gender Life Expectancy Gap**.

3.3.2 Altersspezifische Determinanten von Gesundheit/Krankheit

Das Alter als gesundheitliche Determinante lässt sich nicht beeinflussen, aber es hält in den verschiedenen Abschnitten unterschiedliche Herausforderungen bereit, die jeder_m im Laufe eines langen Lebens wiederfahren können.

Kinderkrankheiten und Altersgebrechen, damit lassen sich ganz pauschal die Gesundheitsorgen der beiden Lebensabschnitte beschreiben, in denen die meistens Menschen altersspezifisch erkranken. Für Kinder, Jugendliche und Senioren existieren dafür sowohl spezielle Fachärzte, als auch spezifische Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen.



Die **U1** bis **U11** Kindervorsorgeuntersuchungen für Kinder (bis zum 14. Lj.) und die **J1** und **J2** Jugendgesundheitsuntersuchung für Jugendliche (bis zum 17. Lj.), werden von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bezahlt.

Nach dem 18. Lebensjahr steht es jedem Versicherten nach [§ 25 SGB V \(Gesundheitsuntersuchungen\)](#) ebenso zu, sich zur Früherkennung ärztlich untersuchen zu lassen. Altersspezifische Früherkennungsprogramme beginnen für Frauen (Schwangerschaften ausgenommen) dann ab dem 20. Lebensjahr und für Männer ab dem 35. Lebensjahr (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchungen nach dem 18. Lj.

Art	Mann	Frau
Brustkrebsvorsorge	---	ab 30 (1x Jahr)
Hautkrebsscreening	ab 35 (alle 2 Jahre)	
Mammografie-Screening	---	50 bis 69 Jahre (alle 2 Jahre)
Schwangerschaftskontroll- Untersuchungen	---	Basis-Ultraschalluntersuchungen zur Früherkennung von Schwangerschaftskomplikationen Alternativ zum Basis-Ultraschall: erweitertes Ultraschallscreening im zweiten Schwangerschaftsdrittel HIV-Antikörper-Test für Schwangere zur Früherkennung einer HIV-Infektion
Gesundheits-Check-Up	ab 35 (alle 2 Jahre)	
Krebsfrüherkennung	ab 45 (1x Jahr)	ab 20 (1x Jahr)
Zahnprophylaxe	ab 0 (2x Jahr)	
Darmkrebsfrüherkennung (Hämoccult-Test)	50 bis 54 Jahre (1 x pro Jahr)	
Früherkennungskoloskopie alternativ Hämoccult-Test	ab 55 (2x mit 10 Jahren Abstand) ab 55 (alle 2 Jahre)	
Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen	ab 65 (einmalig)	---



Die Erkrankungswahrscheinlichkeit nimmt im Alter allgemein zu (Abb: 14). Das ist nicht verwunderlich. So sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen die häufigsten altersbedingten Todesursachen. Auch die auffallend starke Zunahme an Übergewichtigen Senior_innen (~70%!) ist eine besorgniserregende aber vermeidbar Entwicklung in vielen Industrienationen ([s. Bericht Gesundheit und Alter, Statistisches Bundesamt, 2012](#)). Aus medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht werden deshalb Maßnahmen angeboten, um auf die spezifischen Belange betagter Menschen einzugehen. Nur ist es oft schwierig, ältere Personen für präventive/gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu bewegen. Am ehesten geschieht dies mit niederschweligen Angeboten im Lebensraum (Setting) der teilstationären und stationären Altenpflege.

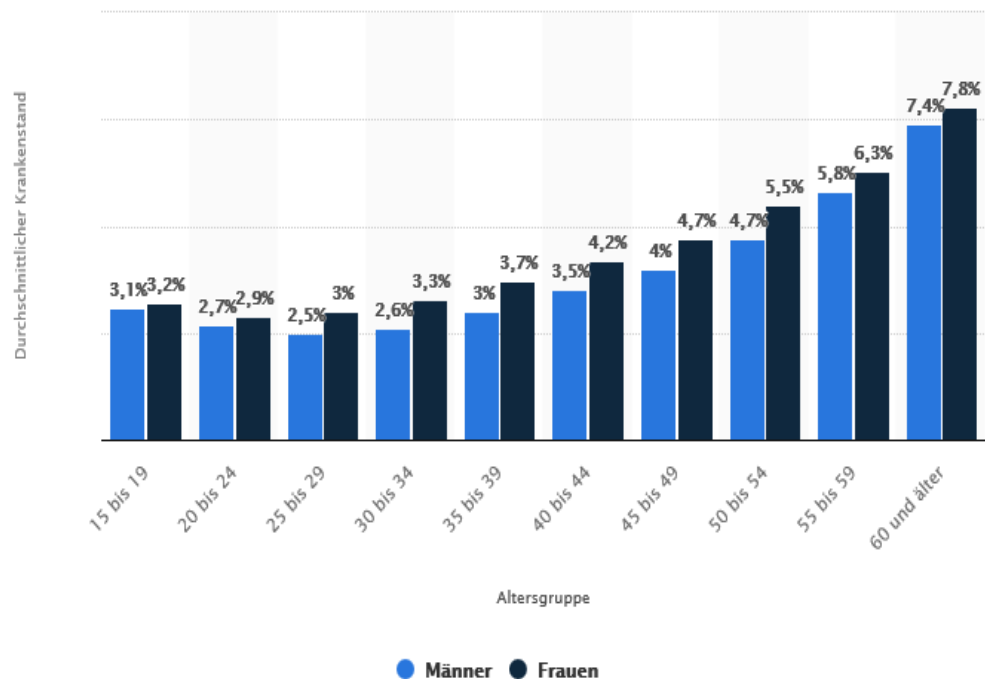


Abbildung 13: Krankenstand von DAK-Versicherten in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppe im Jahr 2017 (Statista 2018)

Was nicht zu stimmen scheint, ist die Befürchtung, dass die demografische Entwicklung mit den vielen alten und immer älter werdenden Menschen zu



einer Kostenexplosion im GKV-System führen wird. Lesen Sie sich dazu folgenden Bericht durch → [Demografie nur zu 17 Prozent für die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich.](#)

Ein vielversprechender altersspezifischer Ansatz zur Gesundheitsförderung liegt in der erfolgreichen Vermittlung von **Gesundheitskompetenzen bei Kindern**. Verschiedene Programme zum Bewegungs- und Ernährungsverhalten in Kitas und Grundschulen, ergänzt um Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen in weiterführenden Schulen sollen den Kindern von klein auf den immensen Wert der Ressource Gesundheit deutlich machen.

Auch in Ihren Gesundheitsprofessionen existiert die Möglichkeit zur altersspezifischen Spezialisierung. Angefangen bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen, den Altenpflegeberufen und den Bobath- und Vojta Fortbildung speziell für Kinder. In der Ergotherapie werden sowohl Kleinkinder als auch Senioren bei ihren täglichen Aktivitäten gefördert. Dabei werden die Umstände bestimmter akuter und chronischer Erkrankungen bei der Therapie beachtet. In der Logopädie werden ohnehin hauptsächlich Kinder und ältere Menschen behandelt. Die „Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens u. d. Sprache (F80)“ ist z. B. die häufigste Indikation (52,5%, bei der AOK in 2016 ([Statista, 2018](#))), die auch hauptsächlich von Kinderärzt_innen verordnet wird.

3.3.3 Soziale Determinanten von Gesundheit/Krankheit



Armut macht krank! Ist eine gebräuchliche These, die leider stimmt ([RKI, 2011](#)). Einen großen Faktor bei den Unterschieden in der Lebenserwartung und Krankheitsbiographie stellt der Bildungsgrad dar. Ein höherer Bildungsabschluss ermöglicht i. d. R. eine bessere berufliche Perspektive mit dem daraus folgenden höheren Verdienst und Sozialstatus, gesünderen Ernährungsmöglichkeiten und -gewohnheiten, einer höheren Gesundheitsbildung, aber

auch einer besseren medizinischen Versorgung, welches alles zusammen eine gesteigerte Lebensqualität ermöglicht. Aber Bildung allein hat keinen eigenen eindeutigen gesundheitsfördernden Effekt, das konnte ebenfalls in der [Kloster-Mortalitätsstudie](#) belegt werden:



- Niedrig gebildete Ordensmänner hatten das niedrigste Sterberisiko, fast gleich auf gefolgt von den höher gebildeten weltlichen Männern, dann den höher gebildeten Ordensmännern, und mit etwas Abstand und dem höchsten Sterberisiko, den niedrig gebildeten weltlichen Männern.

Im 19. Jahrhundert waren die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten bezüglich Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko immens.



Morbidität Erkrankungsziffer. Anteil der Population, die innerhalb eines definierten Zeitraums erkrankt.

Mortalität Sterblichkeit. Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtzahl der Population.

Durch verschiedene hauptsächlich die Hygiene betreffende Public-Health-Maßnahmen (s. Kapitel 2.2) und politische Sozialreformen verbesserte sich der Lebensstandard der sozialen Unterschichten soweit, dass die gesundheitliche Ungleichheit deutliche verringert werden konnte. Diese Entwicklung kehrt sich seit Ende des 20. Jahrhunderts jedoch langsam wieder um, seit die Kluft zwischen Arm und Reich wieder wächst (Schuch, 2008, S. 52-57). Kinder und Jugendliche sind davon besonders betroffene Gruppen (ebd.). Eine große Komponente spielt auch bei ihnen der Bildungsgrad der Eltern. Kinder und Jugendliche von Eltern mit einem hohen Bildungsabschluss (Studium) haben zu über 70 % seltener Karies oder sind adipös (Abb. 15).

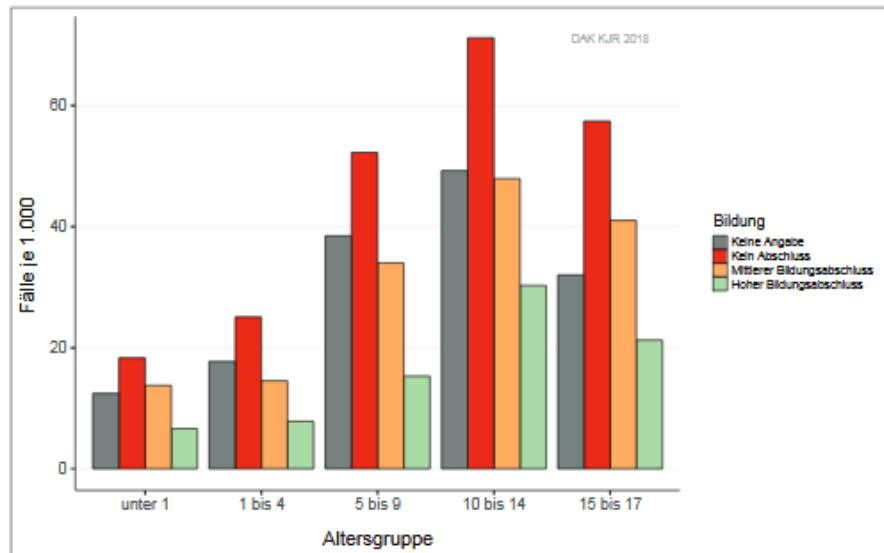


Abbildung 14: Adipositas-Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Bildungsabschlusses der Eltern, DAK, 2018

Lesen Sie dazu bitte (mindestens) die Seiten 95-106 im [Kinder- und Jugendreport der Krankenkasse DAK-Gesundheit \(2018\)](#) durch.



Präventivmaßnahmen und Methoden zur Gesundheitsförderung sind – natürlich neben anderen Maßnahmen – geeignete Instrumente, um soziale Ungleichheiten in der Gesundheit von gesellschaftlichen Gruppen auszugleichen. Solange sie auf die entsprechende soziale Gruppe ausgerichtet sind, d. h. niederschwellig und **verhaltens- und verhältnisorientiert**. Dabei müssen folgende Punkte beachtet werden, die einer Teilnahme entgegenstehen könnten:

- organisatorische Voraussetzungen, z. B. Tageszeit, Ort, Kosten, Antrags- und Anmeldeformalitäten,
- konzeptionelle Voraussetzungen, z. B. Bedarfsgerechtigkeit, gender- und kultursensible Vermittlung,
- andere Voraussetzungen, z. B. (unfreiwillige) Stigmatisierung vermeiden, und lokale Rahmenbedingungen beachten.

Um die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und sozialen Schichten zu fördern, wurden viele Konzepte von Gesundheitswissenschaftlern mit

entwickelt und angestoßen. Als positive Beispiele sind Maßnahmen zu nennen, die settingorientiert strukturelle Bedingungen (Verhältnisse) verbessern und damit soziale Ungleichheiten reduzieren, wie z. B.:



- ⇒ Familien-Hebammen → die vor und nach der Geburt als Ansprechperson für Fragen zur Säuglingspflege zur Stelle sind.
- ⇒ Betrieblich Gesundheitsförderung → um viele Personen niederschwellig (kostenlos, vor, während oder gleich nach der Arbeit) zu erreichen um arbeitsplatzbedingte Gesundheitsrisiken auszugleichen.
- ⇒ Frühkindliche Bildung/Betreuung → in Form von Hygiene-, Gesundheits-, Ernährungs-, Bewegungserziehung etc.
- ⇒ Freizeit- und Sportangebote für benachteiligte Kinder und Jugendliche → mit Maßnahmen zur Suchtprävention, Bewegungs- und Sozialkompetenzförderung etc.

Das folgende Video erklärt die Folgen und Zusammenhänge von Armut und Gesundheit, und stellt den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit seiner Arbeitsweise vor.



→ [Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit"](#)⁷(11:37 min).

[Webseite Gesundheitliche Chancengleichheit](#)

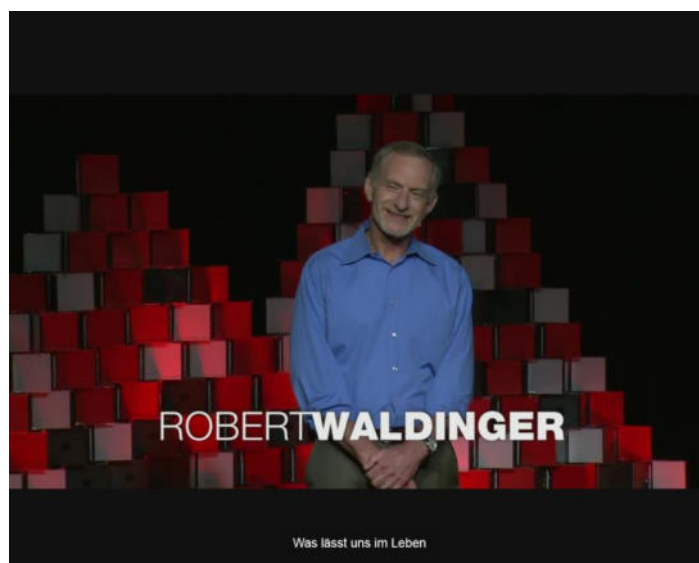


Doch betrachten wir auch unbedingt die positiven Seiten sozialer Interaktionen. Schauen Sie sich daher bitte die beiden folgenden TED-Talk-Videos an, um die wohl stärkste Ressource für ein gesundes und glückliches Leben kennen zu lernen:

⁷Evtl. führt Sie der Link gleich zum Ende des Films. Sie müssten dementsprechend reagieren und den Film „zurückspulen“.



→ The secret to living longer may be your social life TED (Engl. 16 Min.)



→ Was ist ein gutes Leben? Lehren aus der längsten Studie über Glück TED (EmdU. 13 Min.)

Ebenso gilt natürlich das Gegenteil, eine andauernd unglückliche Ehe ist nachgewiesenermaßen so gesundheitsgefährdend wie Rauchen und überhöhter Alkoholkonsum, und das vor allem für die Ehemänner → A bad marriage can seriously damage your health.



Zusammengefasst: Soziale Eingebundenheit und -Unterstützung sind sehr starke gesundheitsprotektive Faktoren, die für ein langes beschwerdearmes und vor allem glückliches Leben verantwortlich zu sein scheinen.

4. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Im **Modul B4** (*Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation*) lernen Sie die Definitionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kennen und anhand etablierter Kriterien zu definieren, differenzieren und zu bewerten. Zudem werden Sie dort auch hinsichtlich der Reichweiten, Zielgruppen und Instrumente die unterschiedlichen Möglichkeiten und Ansätze an Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Screeningmaßnahmen verstehen lernen. Das Modul B4 ist somit die praktische Fortsetzung der gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen, die Sie in diesem Modul vermittelt bekommen.

Überblick und Lernziele

- Hier erfahren Sie etwas über die theoretische Bedeutung zur Gesundheitsförderung
- einige praktische Beispiele der Gesundheitsförderung
- etwas über die theoretische Bedeutung zur Prävention
- und einige praktische Beispiele der Prävention
- Was sind die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, und wie spiegeln sie sich in Ihren Berufen interprofessionell wieder.

Ein sehr zentrales Themenfeld der Gesundheitswissenschaften ist der Versuch der Vermeidung von Krankheiten und der Gesunderhaltung. Auch wenn sich dies zunächst nach demselben Ziel anhört, existieren doch Unterschiede die im folgenden Kapitel erklärt werden.



Mit den Überbegriffen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind demnach Interventionen gemeint,

- die gesundheitlichen Ressourcen zu stärken versuchen,
- vor Erkrankungen und Unfällen schützen,
- deren Verschlimmerung vermeiden
- und Folgeerkrankungen verhindern sollen.

Beide Interventionsformen ergänzen und überschneiden sich mitunter. Die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen soll im bestmöglichen Fall vor dem Aufkommen erster Symptome eintreten, also vor der Kurration stehen. Doch liegt ein großer Wert der Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention ebenso im Bereich der chronischen Erkrankungen. Chronisch Erkrankungen zeichnen sich nun mal dadurch aus, dass sie nicht geheilt werden können, und daher der kurativ ausgerichteten Medizin Ressourcen rauben und hohe Kosten verursachen, bei fraglichem Nutzen für die Betroffenen. Die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung wird daher zukünftig deutlich weiter zunehmen müssen, um der steigenden Anzahl der chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung begegnen zu können.

Wie zu Anfang bereits erwähnt, liegen die Hauptbemühungen der Medizin in der Diagnose und Behandlung von manifesten Erkrankungen. Die Krankheitsvermeidung gehört jedoch ebenso in das Betätigungsgebiet der Ärzte_innen, praktischerweise, weil sie im direkten Patient_innenkontakt stehen. Sie beraten, impfen und führen Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung durch ([§§25 – 26 SGB V](#)). Prävention spielt mittlerweile in beinahe jedem Gesundheitsberuf eine wichtige Rolle. Ob als Präventionsangebot für die Patienten/Klient_innen, oder bei der Ausübung der eigenen beruflichen Tätigkeit. Die folgende Einteilung der einzelnen Interventionsschritte dürfte Ihnen daher bekannt sein (Abb. 16). Sie können sich aber bereits Gedanken machen, wann ihre Profession welche Eingriffsmöglichkeiten bietet. Anschließend werden die

gesundheitswissenschaftlichen Theorien und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung erklärt, und die Anwendungsbereiche Ihrer Profession dabei erörtert. Eine Vertiefung der Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation erfolgt im nächsten Semester im Modul B4.

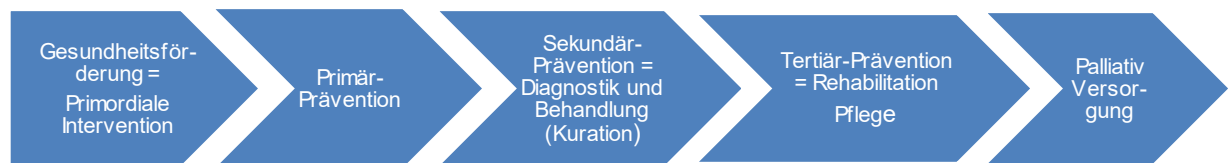


Abbildung 15: Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration bis Pflege [J. Galert]

4.1 Gesundheitsförderung



Gesundheitsförderung beinhaltet die „Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung“. (Hurrelmann et al. 2016, 663).

Gesundheitsförderung⁸ wird also nicht primär durch technische oder naturwissenschaftliche Innovationen getragen, sondern durch soziale und entwicklungsgeschichtliche Traditionen und Programme. Somit fällt der Bereich Gesundheitsförderung aus dem Spektrum der Medizin- und Pharmazieforschung heraus. Die Verantwortung für gelingende Gesundheitsförderungs-Strategien liegt damit nicht im Gesundheitssektor allein, sondern in **allen** Politikbereichen. Und das für Individuen und vor allem für ganze Bevölkerungsgruppen, die neben Aufklärung und Unterstützung hauptsächlich durch eine strukturelle

⁸Galen von Pergamon verwendete Ende des 2. Jhdt. dafür den ebenso passenden Begriff der *Gesundheitspflege*, in Abgrenzung zur *Heilkunde* (=Kuration).

Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung ihrer gesundheitlichen Ressourcen erfahren sollen.

Maßnahmen, die sowohl auf die Veränderung und Förderung des individuellen **Verhaltens** als auch der Lebens**verhältnisse** im positiven Sinne abzielen, bedürfen deshalb mindestens der;

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
4. Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen (Gesundheitsförderung und Prävention vor Kuration, Rehabilitation und Pflege)
5. Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen

([Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986](#))



Was mit diesen fünf Punkten konkret gemeint ist, können Sie der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung von 1986 entnehmen.

Von Ärzt_Innen und Therapeut_innen wird erwartet, dass sie einen pathologischen Zustand durch ihr Therapieren beseitigen. Für Akutzustände ist dies häufig der probateste Weg. Im Bereich der chronischen Erkrankungen macht es aus Sicht der Gesundheitsförderung mehr Sinn, sich nicht nur auf den pathogenen Zustand zu konzentrieren, in dem Defizite dominieren. Vielmehr sollten längerfristige, allgemeine Ziele der_des Patienten_in ermittelt werden, z. B. vor allem bei den *ADLs*⁹ und der Teilhabe, (wieder) Arbeiten gehen, sich selbst versorgen, oder einem Hobby nachgehen zu können etc. Dem Patienten sollten Perspektiven eröffnet werden, die ihm ermöglichen, seine eigenen Ressourcen zu mobilisieren. Dies kann z. B. auch durch Achtung des Subjekts, einer ausdrücklichen Wertschätzung seiner Selbstwahrnehmung und

⁹bzw. dem neueren Pflegemodell der ABEDLs (*Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens*)

durch positives Feedback nach erfolgreicher Zustandsverbesserung z. B. in Anschluss an eine Therapieeinheit geschehen (Reimer, 1994).

Gesundheitsförderung zielt noch viel mehr auf die Lebenswelten (dem **Setting**) ab, als es Präventionsmaßnahmen i.d. R. tun. Die wichtigsten Settings, worin die meisten Menschen erreicht werden, sind:

- ⇒ Arbeitsplätze
- ⇒ Schulen
- ⇒ Kitas
- ⇒ Kommunen, Wohnumgebungen/-situationen

aber auch

- ⇒ Krankenhäuser
- ⇒ Selbsthilfegruppen
- ⇒ Haftanstalten

Beispielhafte Zielgruppen sind oft:

- Kinder, Jugendliche, ältere Menschen
- Suchtkranke/Drogenabhängige
- Menschen in schwierigen sozialen Lagen
- Migranten (muttersprachliche Programme)
- und Kombinationen davon: Suchtprogramme für arbeitslose Jugendliche Migranten



In der online-[Praxisdatenbank Gesundheitsförderung](#) des **Kooperationsverbunds Gesundheitliche-Chancengleichheit**, sind mehrere Hundert gesundheitsfördernde Projekte gelistet. Unterteilt in die Bereiche Lebenswelt, Themen, Ziel- und Altersgruppen können Sie sich ein Bild von den praktischen Möglichkeiten erfolgreicher Gesundheitsförderungs-Projekte machen.



Als kritische These zu dieser Entwicklung – auch was sie für die Gesellschaft und die Sozialsysteme bedeuten könnte – lohnt die (Semesterferien-)Lektüre von Juli Zehs Roman *Corpus Delicti*.

*„Ein Mensch, der nicht nach Gesundheit strebt,
wird nicht krank,
sondern ist es schon“*

*(Heinrich Kramer, ca. Jahr 2043. Aus Juli Zehs Roman *Corpus Delicti* (2009))*

4.2 Krankheitsprävention

Krankheitsprävention ist in erster Linie eine **Vermeidungsstrategie** im Gegensatz zur **Förderstrategie** der Gesundheitsförderung (Hurrelmann et al. 2016, 663).

Der Schutz vor Gesundheitsschädigungen durch **primärpräventive** Maßnahmen – z. B. vor Infektionen, Verletzungen, bio-psycho-soziale Überlastungen und chronischen Erkrankungen (v. a. den sogenannten „lebensstilbedingten Volkskrankheiten“) – zielt vor allem auf die Personengruppen ab, die sich – bewusst oder unbewusst – einem bekannten gesundheitsschädlichen Risiko aussetzen. Diese Präventivmaßnahmen können z. B. Impfungen sein, oder ergonomische Maßnahmen am Arbeitsplatz, die vor körperlicher Überlastung schützen, wie auch Bewegungsprogramme (Rückenschule) um Bewegungsmangel vorzubeugen. Solche strukturierten Präventionsmaßnahmen können daher nur da eingesetzt werden, wo krankheitsauslösende Risikofaktoren als evident gelten. Darunter zählen die vier Top-Empfehlungen „regelmäßige Bewegung, vitaminreiche Kost, ein maßvoller Umgang mit Alkohol sowie ein Verzicht auf das Rauchen.“ ([Prof. Dr. G. Glaeske, 2018](#))

In der **Sekundärprävention** liegt das Augenmerk bei den Vorsorgeuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen, um die Therapiechancen deutlich zu verbessern.

Die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* ([BZgA](#)) betreibt seit vielen Jahren verschiedene breit angelegte Aufklärungskampagnen zu den Themen: Suchtprävention, Sexualaufklärung inkl. Familienplanung, gesundes Altern, Organ- und Blutspende, Frauengesundheit, Bewegung, Ernährung, Stressregulation, Schutzimpfungen und gesundheitliche Chancengleichheit.

Bekannte nationale Aktionsprogramme sind z. B.

- ⇒ »Gib Aids keine Chance« (seit 1985) und »Ich mach's mit...«,
- ⇒ die Motivationskampagne »Organspende schenkt Leben«,
- ⇒ die Informationskampagne »Alkohol? Kenn dein Limit«,
- ⇒ die Aktion »Deutschland sucht den Impfpass«,

⇒ oder die Werbespots der Nichtraucherinitiative »**rauchfrei**«



Eine bestimmte Maßnahme in der Nikotinprävention hat gezeigt, dass die Wirkung von Schockbildern auf Zigarettenpackungen nicht unbedingt geeignet ist, Raucher_innen von ihrer Sucht zu befreien. Dennoch scheint sie wirksam als Abschreckung für nachkommende Generationen zu sein, das Rauchen gar nicht erst als „cool“ zu empfinden und anzufangen.

Die Angebote für Präventionsmaßnahmen in den Therapieberufen sind noch recht überschaubar und in einigen Bereichen deckungsgleich. Beispielsweise existieren Programme für „Rückengesundheit“ und „Sturzprophylaxe“ in der Pflege, der Physio- wie auch in der Ergotherapie. Inwieweit dies als nachteilig angesehen werden kann, oder ob es sich um gleichwertige Konkurrenzprodukte handelt, können wir gerne in der nächsten *Präsenzphase* diskutieren und Sie gerne im Forum diskutieren.

Das Ziel **ergotherapeutischer Ansätze** zur Gesundheitsförderung und Prävention ist es, Menschen zu ermöglichen, selbständig und eigenverantwortlich ihre Teilhabe an der Gesellschaft wahrzunehmen.

In der **Logopädie** liegt der Ansatz Sprachentwicklungs-, Stimm-, Artikulations-, Redefluss- und Schluckstörungen in der Frühphase zu erkennen und positiv darauf einzuwirken. Bis auf die Schluckstörungen spielen sich die benannten Störungen hauptsächlich im Kindesalter ab (Prävention in der Logopädie (dbl)).

In der **Pflege** und der **Physiotherapie** sind Präventionsmaßnahmen schon etwas etablierter. Primärpräventionskurse die auf die Verhaltensprävention abzielen werden für die Bereiche Bewegung und Stressmanagement von vielen größeren Physiotherapie-Praxen angeboten.



5. Vorbereitung zur Abschlussprüfung

Alle Informationen rund um die Abschlussprüfung finden Sie auf moodle.

6. Epidemiologie

Überblick und Lernziele

Die Gesundheit eines Menschen hängt nicht nur von seiner Konstitution und seinen individuellen Verhaltensweisen ab, sie wird auch durch Umwelt und gesellschaftliche Faktoren mit beeinflusst. Herauszufinden, wen, wo und wann diese Faktoren den Gesundheits-/Krankheitszustand mit beeinflussen, ist die Aufgabe der Epidemiologie.

Dieses Studienbegleitheft soll Ihnen dabei einen ersten Einblick in die Grundlagen, Arbeitsweisen und Methoden der Epidemiologie bieten. Sie werden einige der wichtigsten Fachbegriffe und die geläufigsten Methoden kennenlernen. Es wird nicht dazu reichen, valide Bevölkerungsstudien durchzuführen, denn dieses Modul ersetzt weder die Inhalte eines grundständigen Public-Health-Studiums, noch annähernd die eines Epidemiologie-Aufbaustudiums – welches i. d. R. allein schon 4 Semester beansprucht. Die Beispiele sollen Ihnen jedoch helfen, ein Verständnis für die Bedeutung der Epidemiologie im Fächerkanon der Gesundheitswissenschaften zu erlangen.

Die Epidemiologie unterscheidet sich von den anderen Themengebieten Ihres Studiengangs – abgesehen vom Modul *quantitative Forschungsmethoden* – dadurch, dass es als Teilgebiet der Statistik sehr mathematisch ist. Epidemiologische Studien basieren i. d. R. auf umfangreichen Datenbanken, die mit entsprechenden Programmen in unterschiedlichen mathematisch-statistischen Verfahren analysiert werden. Aber keine Sorge, zum Verständnis der Themen auf den nächsten Seiten wird ein einfacher Taschenrechner bzw. Ihr Smartphone, genügen. Zudem haben Sie von den meisten Studiendesigns bereits schon in den Modulen *D1 „Wissenschaftliche Grundlagen“* und *D2 „Quantitative Forschungsmethoden“* gehört.

6.1 Definition

Die Übersetzung des Wortes Epidemiologie lautet: die *Lehre* (griech. logos) *über* (griech. epi) das *Volk* (griech. demos). Im Kontext von Gesundheit und Krankheit war damit früher die Erkennung von Seuchen (Seuchenkunde), heutzutage jedoch die Erkennung aller Krankheits- und Unfallhäufungen in einer Bevölkerungsgruppe gemeint.

Definitionen:

Epidemiologie beschäftigt sich mit Risikofaktoren, Häufigkeit, Verteilung, Ursachen und Folgen von Erkrankungen in der Bevölkerung ([DGepi](#), 2018).

Das Aufgabengebiet der Epidemiologie ist „die Untersuchung der Verteilung und der Determinanten gesundheitsbezogener Zustände oder Ereignisse in bestimmten Populationen und als die Anwendung der Ergebnisse dieser Untersuchung auf die Prävention und Bekämpfung von Gesundheitsproblemen“ (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2013, S. 21).

Die erste Definition benennt klar und nüchtern den Bezug der Epidemiologie zur Bevölkerung und ihren Erkrankungen. Die zweite Definition erweitert das Aufgabengebiet auch auf die Anwendung zur Prävention und (indirekt) Gesundheitsförderung. Allerdings beinhaltet diese Definition mindestens zwei Begriffe die erläutert werden sollten. Gemeint sind die Begriffe *Ergebnisse* und *Population* (den Begriff Determinanten müssten Sie noch aus dem ersten Teil des Studienbegleitheftes kennen).

Mit **Ereignissen** sind explizit nicht nur negative Folgen für die Gesundheit gemeint, sondern ebenso alle gesundheitsförderlichen Auswirkungen von bestimmten *Expositionen*.

Populationen sind für Epidemiolog_innen bestimmte Gruppen. Diese sind nicht unbedingt geographisch beschränkt. Es können z. B. auch nur Männer



zwischen 20 und 50 Jahren sein, Marathonläuferinnen, die Teilnehmer_innen einer Studie oder eine Gruppe mit Dekubitus, etc.

Bei der Erläuterung des Begriffs Ereignis, muss wiederum der Fachbegriff Expositionen erklärt werden.



Exposition im epidemiologischen Kontext meint Faktoren, denen eine Population ausgesetzt ist und die den *Outcome* beeinflussen.

Outcome ist der nächste wichtige Fachbegriff, der jegliches gesundheitliche Ergebnis oder Ereignis meint. Z. B. Fieber, Unfälle, Tumore, aber auch Blutdrucksenkung, Schmerzstillung, Gehstrecke in Sekunden oder Metern etc.

Epidemiologen_innen sind Fachleute im Bereich der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und nehmen insbesondere in Krisenzeiten wichtige Managementpositionen ein. Die Epidemiologie untersucht allerdings nicht nur die Risikofaktoren die zu Krankheitsausbrüchen führen, sondern auch die Ereignisse, die diese verhindern.

Um allen Epidemiolog_Innen gerecht zu werden, sei gesagt, dass die Epidemiologie nicht nur das Volk, bzw. eine Bevölkerungsgruppe untersucht. Spezialisierte Epizootiologen haben die Tierwelt (z. B. bei der Schweinepest), und die botanische Epidemiologie, die Krankheiten von Pflanzen im Blick. Die [Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie](#) zählt allein 14 verschiedene medizinbezogene Fachbereiche der Epidemiologie in ihren Reihen auf.



6.2 Entstehungsgeschichte der Epidemiologie

Ein bedeutsamer Bestandteil der Epidemiologie befasst sich mit der Erkennung und Verbreitung von Infektionskrankheiten. Das war zu Zeiten der großen Epidemien und Pandemien vor über 150 Jahren wichtiger als es aktuell zu sein scheinen mag. Auch wenn den damaligen Infektionskrankheiten heut-

zutage der Schrecken fehlt, existieren Cholera, Tuberkulose¹⁰, Masern, Malaria, Ebola u.s.w. immer noch – wenn auch vermehrt auf anderen Kontinenten. Dafür befasst sich die Epidemiologie in den Industrienationen „neuerdings“ vermehrt mit den nichtübertragbaren und chronischen Erkrankungen, bzw. mit Unfällen an Arbeitsplätzen und im Verkehr.

Die Beschwerdebilder mit denen sich die therapeutischen Fachberufe beschäftigen, weisen zum Glück nicht die z. T. enormen **Inzidenzraten** von Infektionskrankheiten auf, von den **Mortalitätsraten** ganz zu schweigen. Epidemiologische Studien über bzw. aus den Teilbereichen der Gesundheitsfachberufe sind zudem äußerst rar. Daher sind die folgenden Beispiele rein fiktiv. Fragestellungen der Pflege sind dagegen schon etwas häufiger Bestandteil epidemiologischer Untersuchungen.

Weitere Ausführungen zur interessanten Geschichte der Epidemiologie, mit ihren „Meilensteinen“ und den dazugehörigen Wissenschaftlern, finden Sie z. B. im Kapitel: „Geschichtlicher Hintergrund“ im Buch **Einführung in die Epidemiologie** (Bonita, Beaglehole, Kjellström, Huber-Verlag Bern).

Oder im Kapitel „Was ist Epidemiologie“ bei Klemperer **Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften** (2015, Huber-Hogrefe).



6.3 Deskriptive Epidemiologie

Die Deskriptive Statistik steht oft am Anfang von gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen. Mit den Methoden der deskriptiven Epidemiologie wer-

¹⁰An Tuberkulose waren im Jahr 2017 weltweit schätzungsweise 10 Mio. Menschen erkrankt [WHO Global tuberculosis report 2018](#).

den quantitative **Häufigkeiten, zeitliche Trends** und **Verteilungen** von Ereignissen auf die Populationen gemessen, und in Tabellen, Grafiken u. ä. übersichtlich dargestellt (außer in Fallberichten) und beschrieben.

Es wird hauptsächlich die Frage nach dem **Wie viele** gestellt, unterteilt in die Bereiche:

Wann *in einem festgelegten Zeitraum*

Wo *der geografischen Verteilung*

und

Wer *Exponierte/nicht Exponierte und wie viele jeweils davon erkrankten, in absoluten und relativen Zahlen*

Einen Zusammenhang zwischen Exposition und Outcome lässt sich mit den Methoden der deskriptiven Epidemiologie zwar andeuten, aber nicht nachweisen. Dies geschieht in einem nächsten Schritt mit den Methoden der **analytischen Epidemiologie** (s. Kapitel 6.4).

Nehmen wir zur Veranschaulichung nach dem **Wann, Wo** und **Wer** das (fiktive) Beispiel von Stürzen.

In einem Pflegewohnheim mit maximal 100 Bewohnern (die Bettenzahl variiert aufgrund von Umbaumaßnahmen) wurden in den vergangenen drei Jahren folgende Anzahlen von Stürzen dokumentiert.

Tabelle 3: Stürze im Pflegeheim. Absolute Zahlen

1. Jahr =	30 Stürze unter den durchschnittlich 100 Bewohnern
2. Jahr =	27 Stürze unter den durchschnittlich 86 Bewohnern
3. Jahr =	26 Stürze unter den durchschnittlich 95 Bewohnern

Dabei handelt es sich um die **absoluten Zahlen** bzw. der **kumulativen Inzidenz**. Der Vergleich zwischen den Jahren ist damit allerdings nicht eindeutig. Erst mit der **Inzidenzrate**, wird die Anzahl der Ereignisse in einem bestimmten Zeitraum in Relation zur exponierten Population deutlich.

$$\text{Inzidenz} = \frac{\text{Anzahl der neu aufgetretenen Ereignisse in einer Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums}}{\text{Anzahl der Personen mit gleichem Risiko, innerhalb dieses Zeitraums}} \times 100$$

je 100 Personen

Formel 1: Inzidenzrate

Tabelle 4: Inzidenzrate von Stürzen im Pflegeheim

1. Jahr =	30 Stürze unter den durchschnittlich 100 Bewohnern	= 30
2. Jahr =	27 Stürze unter den durchschnittlich 86 Bewohnern	= 31,4
3. Jahr =	26 Stürze unter den durchschnittlich 95 Bewohnern	= 27,4

Die Pflegeleitung erkannte im 2. Jahr die relative Zunahme an Stürzen und beschloss entsprechende Maßnahmen zur Sturzprophylaxe intensiver als bislang umzusetzen. Der Erfolg dieser Maßnahmen machte sich bereits im 3. Jahr bemerkbar.

Die **Prävalenz** der Stürze war jeweils zu Ostern erhöht, weil sich einige Bewohner_innen beim Eier-Suchen übernahmen und hinfielen¹¹.

Tabelle 5: Prävalenz der Stürze zu Ostern

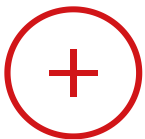
1. Jahr =	3 Stürze unter den 100 Bewohnern zu Ostern	= 3
2. Jahr =	3 Stürze unter den 86 Bewohnern zu Ostern	= 3,5
3. Jahr =	1 Sturz unter den 95 Bewohnern zu Ostern	= 1,1



Inzidenz = Neu Ereignisse in einem bestimmten Zeitraum
Prävalenz = Ereignishäufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt
 Steigt die **Prävalenz**, steigt auch die **Inzidenz**.

¹¹In diesem Beispiel konnten die Pfleger_innen die Ursache der Stürze direkt beobachten. Deskriptive Studien, und v. a. Querschnittstudien eignen sich nämlich nicht zur Identifizierung der Ursache für ein Ereignis.

Das Studiendesign von Tabelle 5 entspricht einer **Querschnittstudie**, da die Population (Bewohner), der Risikofaktor (Ostereiersuche) und das Outcome (Sturz) zu einem einzigen Zeitpunkt (Ostern) „beobachtet“ wurde.



Weitere Beispiele für Querschnittstudien sind die regelmäßigen vom *Robert-Koch-Institut* vorgenommenen Gesundheitsstudien, zur Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung.

Fallberichte zählen auch zu den deskriptiven Studientypen. Vielleicht haben Sie selbst schon mal welche gelesen. Darin geht es um einzelne Krankheits- und Therapieverläufe die von Therapeut_innen, Pfleger_innen und Ärzt_innen zu seltenen oder außergewöhnlichen Patientenfällen geschrieben und veröffentlicht werden. Häufen sich ähnliche Fallberichte (= Fallserien), wird es für Epidemiolog_innen und Gesundheitswissenschaftler_innen interessant die Gemeinsamkeiten herauszufinden und neue Hypothesen zu den Ursachen und Verläufen zu überprüfen.



Beispiele verschiedener Fallberichte:

- Kommunikationsdefizite zwischen Pflege und Ärzten: Ein ethischer Fallbericht (Pflege)
- Peelinghandschuh verbessert Therapieerfolg: Fallbericht Hemiplegie (ET)
- Verlust des Stotterns nach Kleinhirnblutung: Ein Fallbericht (Poster) (Logo)
- Springerknie bei Profifußballern: Ein Fallbericht (PT)

6.4 Analytische Epidemiologie

Die Analytische Epidemiologie fragt nach dem **wie stark?** also nach den Zusammenhängen von Expositionen und Ereignissen (Unfällen, Krankheiten und Todesfällen). Mit analytischen Methoden werden anhand von **Hypothesen** Wahrscheinlichkeiten und Kausalzusammenhänge verschiedener Krankheiten ergründet. Existieren diese Zusammenhänge, und wenn ja, wie stark sind sie? Dafür genügen die Daten aus bestehenden Datenbanken und Erhebungen (Sekundärdaten) wie sie für die deskriptive Epidemiologie benutzt werden meist nicht aus. Es müssen neue Erkenntnisse (Primärdaten) aus vergleichenden Studien gewonnen werden. Dies kann in **beobachtenden**, oder in **experimentellen Studien** geschehen.

Die wichtigsten analytischen Methoden/Studien-Designs sind:

- **Kohortenstudien** (auch Längsschnittstudie genannt) (= beobachtend)
- **Fall-Kontroll-Studien** (= beobachtend)
- **Randomisierte kontrollierte Studien (RCT)** (= experimentell/Interventionsstudie)

Die in Tabelle 3 und 4 beschriebenen Methoden sind im Großen und Ganzen **Kohortenstudien** (und zwar die retrospektive Variante, da die Vergangenheit beobachtet wurde). Die Bewohner (Kohorte) wurden über einen gewissen Zeitraum beobachtet (hier dreimal 1 Jahr). Allerdings ist die Zuschreibung des Risikofaktors „Wohnen in dieser Pflegeeinrichtung“ viel zu ungenau, um daraus Rückschlüsse auf die Sturzursache ziehen zu können. Die Beobachtungsmethoden in den TED-Filmen aus Kapitel 3.3.3 *Soziale Determinanten von Gesundheit/Krankheit* sind z. B. klassische Kohortenstudien.

Kohortenstudie = Eine bestimmte Population mit einer oder mehreren gemeinsamen Eigenschaften, wird vom Zeitpunkt A bis zum Endpunkt B beobachtet (prospektiv). Expositionen und Ereignisse werden dokumentiert.



Oder (retrospektiv) eine bestimmte Population wird zum Endpunkt B befragt, welcher Exposition sie seit dem Zeitpunkt A ausgesetzt war und welche Ereignisse seitdem eingetreten sind.

Kohorten-Studien lassen sich noch in verschiedene Designs unterteilen, z. B. offen, geschlossen, mit Kontrollgruppe, Inzeptionskohorten etc.

Mögliches weiteres Vorgehen zu Auswertung, siehe die **Vier-Felder-Tafel**, Seite 83.

Fall-Kontroll-Studien

Um den Ursachen für bestimmte gesundheitliche Ereignisse auf die Spur zu kommen, müssen mindestens zwei Gruppen miteinander verglichen oder/und beobachtet werden. Erkrankte (= **Fälle**) und nicht Erkrankte (= **Kontrollen**). In beiden Gruppen werden potenzielle Risikofaktoren (= Expositionen) die für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich sein können untersucht. Ein relativ einfach durchzuführendes Design bieten dafür **Fall-Kontroll-Studien**. Beide Personengruppen müssen sich hinsichtlich sonstiger Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen, etc. sehr ähneln. Nur die Eigenschaft der Gesundheitsbeeinträchtigung sollte sie klar voneinander unterscheiden. Der Outcome ist in der Fall-Gruppe bereits eingetreten, nun wird noch der Expositionsstatus der Kontrollgruppe miterfasst.

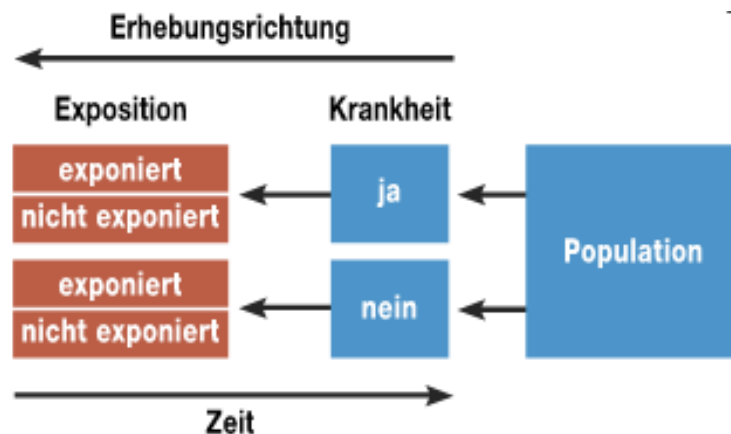


Abbildung 16: Fall-Kontroll-Studien (Dtsch Arztebl Int 2009; 106(15): 262-8)

In Fall-Kontroll-Studien lässt sich somit die Stärke des Zusammenhangs von Exposition und Ereignis einschätzen. Da aber u. a. nur ausgewählte Kontrollen an der Studie teilnehmen die nicht aus der gesamten Population stammen, lassen sich keine Inzidenzen errechnen.

Beispiel: Besteht eine Verbindung zwischen dem Auftreten eines Karpaltunnelsyndroms (*KTS*, Synonym: *Medianuskompressionssyndrom*) und der beruflichen Tätigkeit am Computer?

Den 50 *Fällen* mit KTS, werden 50 *Kontrollen* ohne KTS gegenübergestellt. Die 100 Teilnehmer sind in unserem Fall alles Frauen zwischen 30 und 50 Jahren, aus derselben Verwaltungsbehörde einer Großstadt in Deutschland. Die Ergebnisse werden in eine **Vier-Felder-Tafel** eingegeben (s. Tab. 6).

Tabelle 6: Vier-Felder-Tafel in einer Fall-Kontroll-Studie, Beispiel KTS

		Exposition		Summe
		Arbeit am PC (> 6 Std/tägl./an min. 5 Tagen/W.)		
		ja	nein	
Outcome Karpaltunnelsyndrom	ja	33 <i>a</i>	17 <i>b</i>	50 <i>a+b</i>
	nein	23 <i>c</i>	27 <i>d</i>	50 <i>c+d</i>
Summe		56 <i>a+c</i>	44 <i>b+d</i>	100 <i>a+b+c+d</i>

Odds Ratio (OR)

Im Ergebnis stehen 56 „Exponierte“ 44 „nicht Exponierten“ gegenüber. Wie groß ist nun der Zusammenhang (= **Assoziation**) zwischen PC-Arbeit und

KTS? In Fall-Kontroll-Studien wird das Verhältnis zwischen der Expositionswahrscheinlichkeit der Fälle und der Expositionswahrscheinlichkeit der Kontrollen mit dem **Odds Ratio** dargestellt (Bonita et al., 2015, S. 80).



Odds =

$a \div b = \text{Odds für Exposition unter Fällen}$

$c \div d = \text{Odds für Exposition unter Kontrollen}$

Odds Ratio=

$$\text{OR} = \frac{(a \div b)}{(c \div d)} = (a \times d) \div (b \times c) = \text{OR}$$

Formel 2: Odds und Odds Ratio

Ergebnis für das OR aus dem Beispiel Tabelle 6:

$$(33 \div 17) \div (23 \div 27) = 2,28$$

bzw.

$$1,9412 \div 0,8519 = 2,28$$

Da der Quotient (Ratio) > 1 ist, besteht eine Assoziation zwischen KTS und PC-Arbeit. Und zwar um fast das doppelte. Epidemiologisch formuliert:

„Mehr als 30 Std/W arbeiten am PC ist mit einer Chance von 1,93 für die Entstehung eines KTS assoziiert“.

Bei jedem $\text{OR} < 1$ senkt das Vorhandensein von Merkmal A (hier PC-Arbeit) die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein von Merkmal B (KTS), d. h. es hätte sogar eine protektive Wirkung. Ist $\text{OR} = 1$ wird der Exposition kein Einfluss auf die Erkrankung unterstellt.

Das **Odds Ratio** (OR, *engl.* Chancenverhältnis oder relative Chance) ist das in der analytischen Epidemiologie wohl am häufigsten verwendete vergleichende Risikomaß (Kreienbrock, Pigeot, & Ahrens, 2012, S. 46). Es ist dem englischen Sprachgebrauch entlehnt und der Maßzahl des **relativen Risikos**

sehr ähnlich, v. a. wenn die zu betrachtende Erkrankung sehr selten ist, und damit die Odds wie auch das Risiko daran zu erkranken nahe eins ist. Mit dem OR lässt sich jedoch nicht nur die Chance bei einer vorhandenen Exposition, sondern auch umgekehrt, die Chance bei einer Krankheit exponiert gewesen zu sein, darstellen. Das OR kann auch – im Gegensatz zum relativen Risiko – in komplexen logistischen Regressionssätzen aus den Modellparametern abgeleitet werden. Doch dies würde hier zu weit führen.

[Online Rechner für Odds Ratios](#)

Eine häufige Gefahr bei Fall-Kontroll-Studien besteht in der Verzerrung des Ergebnisses durch eine ungeeignete Auswahl der Studienpopulation (**Selektionsbias**). In vorigem Beispiel ist z. B. nicht klar, ob die verhältnismäßig geringe Anzahl der untersuchten Frauen null, ein oder mehr Kinder haben, einen Verwandten Pflegen, neuerdings einem stark beanspruchenden Hobby nachgehen, starke Medikament einnehmen etc.

Relatives Risiko (RR)

Das Relative Risiko lässt sich im Gegensatz zum Odds Ratio nur dann berechnen, wenn die Inzidenzrate bekannt ist. Denn das RR ist der Quotient aus zwei Inzidenzen. Die Inzidenz der exponierten Gruppe wird durch die Inzidenz der nicht-exponierten Gruppe dividiert.



Relatives Risiko RR=

$$RR = \frac{\text{Outcome mit Exposition} \quad a \div (a + c) = \text{Inzidenzrate}}{\text{Outcome ohne Exposition} \quad b \div (b + d) = \text{Inzidenzrate}} = RR$$

Formel 3: Relatives Risiko

Das folgende Beispiel überprüft, ob Männer und Frauen im Jahr 2014 der gleichen Wahrscheinlichkeit unterlagen, an Krebs zu versterben (Tab. 7).

Tabelle 7: Todesfälle durch Krebs in 2014 nach Geschlecht (Statista, 2018)

		Exposition ¹²		Summe
		männlich	weiblich	
Outcome Todesfälle durch Krebs	ja	121.331 <i>a</i>	101.641 <i>b</i>	222.972 <i>a+b</i>
	nein	39.665.934 <i>c</i>	41.309.594 <i>d</i>	80.975.528 <i>c+d</i>
Summe		<i>a+c</i> 39.787.265	<i>b+d</i> 41.411.235	<i>a+b+c+d</i> 81.198.500 ¹³

Das Risiko an Krebs zu sterben, war 2014

$$RR = \frac{121.331 \div 39.787.265}{101.641 \div 41.411.235} = \frac{30,50 \text{ (pro 100.000 Männer)}}{24,54 \text{ (pro 100.000 Frauen)}} = \mathbf{1,24}$$

für Männer genau 1,24-mal so hoch wie für Frauen.

In Prozenten lässt sich das Ergebnis mit der Formel:

$$(RR-1) \times 100 = x\% \text{ berechnen, also } 1,24 - 1 = 0,24 \times 100 = 24\%.$$

¹²Die Begriffe Exposition, Risiken oder Risikofaktor für die zu untersuchende Gruppe der Männer und Frauen erscheint hier evtl. etwas fremdartig, ist aber epidemiologisch die korrekte Beschreibung des Merkmals, bzw. der Merkmalsunterschiede.

¹³gerundet

„Männer verstarben in 2014 mit einem 24% höherem Risiko an Krebs als Frauen.“

[Online Rechner für das relative Risiko](#)

Relative Risikoreduktion (RRR)

Eine analytische Maßzahl um z. B. die Wirkung zweier Therapien miteinander zu vergleichen bildet die Relative Risikoreduktion (RRR). Sie beschreibt die Risikodifferenz zwischen der Interventionsgruppe (mit der neuen Therapie) und der Vergleichsgruppe (Standarttherapie), also um wie viel Prozent das Risiko erkrankt zu bleiben durch die neue Maßnahme verringert wird.



Relative Risikoreduktion RRR=

$$RRR = \frac{\text{Inzidenzrate}_{\text{alt}} - \text{Inzidenzrate}_{\text{neu}}}{\text{Inzidenzrate}_{\text{alt}}} \times 100$$

Formel 4: Relative Risikoreduktion

Im nächsten Beispiel können Sie sich für die Exposition ein beliebiges Krankheitsbild aus Ihrer Profession ausdenken. Die Standarttherapie entspricht dabei dem gewohnten Vorgehen (z. B. Leitlinienempfehlung) und die neue Therapie dementsprechend einer neuen Intervention.

Tabelle 8: Vierfelder-Tafel - Relative Risikoreduktion

		Exposition		Summe
		Standarttherapie =alt	neue Therapie =neu	
Outcome Genesung	ja	33 <i>a</i>	41 <i>b</i>	74 <i>a+b</i>
	nein	24 <i>c</i>	20 <i>d</i>	44 <i>c+d</i>
Summe		57 <i>a+c</i>	61 <i>b+d</i>	118 <i>a+b+c+d</i>

Hier wird die Inzidenzrate des negativen Outcome (Nicht-Genesung) der neuen Therapieform von der Inzidenzrate des negativen Outcome der Standardtherapie subtrahiert und durch die Inzidenzrate der Standardtherapie dividiert, und für den Prozentwert mit 100 multipliziert.

Die neue Therapie hat im Vergleich zur Standardtherapie

$$RR = \frac{(24 \div 57) - (20 \div 61)}{(24 / 57)} = \frac{0,0768}{0,4211} = 0,1824 \times 100 = \mathbf{18,24\%}$$

eine über 18-prozentig bessere Genesungswirkung.

6.5 Experimentelle Epidemiologie

Die folgende Methode der experimentellen Epidemiologie müsste Ihnen noch aus dem **Modul D 2 Quantitative Forschungsmethoden** bekannt sein. Die Randomisierte kontrollierte Studie.

Randomisierte, kontrollierte Studien (Randomized controlled trail, RCT)

Soll die Wirksamkeit einer (neuen) Therapie untersucht werden, gilt die RCT als die Methode mit der höchsten Qualität und wissenschaftlichen Evidenz (= **Gold Standard**).

Für die RCT werden zwei Gruppen gebildet (Abb. 18). Dies geschieht von einer sich ähnelnden Grundpopulation aus. Die Aufteilung erfolgt randomisiert, d. h. zufällig. Die Zufallsverteilung der Gruppen soll jegliche Beeinflussung seitens der Untersucher_innen ausschließen. Persönliche, sozioökonomische, medizinische Unterschiede u.s.w. verteilen sich aufgrund der Randomisierung gleichmäßig, neutralisieren sich, und sollen dadurch keinen beeinflussenden Faktor darstellen. Die jeweiligen Gruppenteilnehmer_innen erfahren auch nicht, ob sie der Interventionsgruppe (mit der zu untersuchenden Intervention), oder der Kontrollgruppe (mit der Standardbehandlung oder dem Placebo) angehören. Dies wird Verblindung genannt. Qualitativ noch hochwertiger ist eine RCT, wenn auch die Verabreicher_innen der Maßnahme und die

Untersucher_innen verblindet werden (= doppelt-blind), d. h. dass auch sie nicht wissen, welche Teilnehmer_innen welcher Gruppe zugehören¹⁴.

Goldstandard
Randomisierte, kontrollierte klinische Studie
Randomized Controlled Trial (RCT)

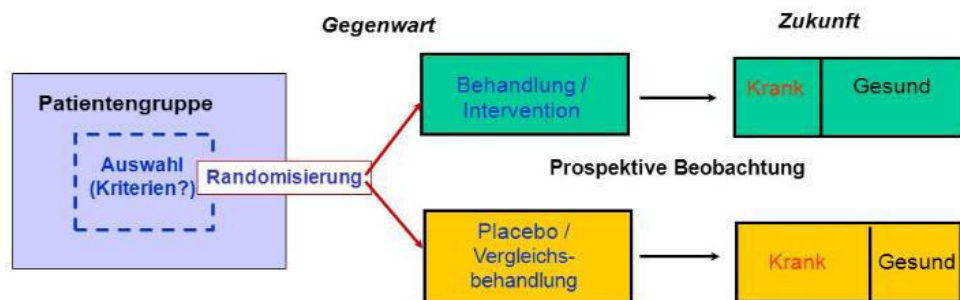


Abbildung 18: Randomisierte, kontrollierte Studie (Hense, Köpcke, 2015)

Was vorab festgelegt werden muss, beschreibt die **P I C O**-Regel:

P = Problem des Patienten

I = Intervention

C = Control = Vergleichsbehandlung (Placebo oder Standardtherapie)

O = Outcome = Zielgröße, Endpunkt: Genesung, Mortalität etc. und Interventionsrisiko

Die zu überprüfenden Werte die einen Zieleffekt einer Therapie darstellen sollen (z. B. objektive Werte wie: Blutlaborwerte, Blutdruck, Gehstrecke in Zeit/Distanz, Gelenkbeweglichkeit in °, und/oder subjektive Werte wie: Schmerzempfinden, Selbständigkeit, Lebenszufriedenheit etc.) werden mindestens zwei Mal erhoben. Vor Verabreichung der Maßnahmen, und nach einem bestimmten Zeitraum indem die Teilnehmer_innen ihre jeweilige Maßnahme erhalten haben.

¹⁴Die Validität der Doppel-Verblindung bei persönlich zu erbringenden Maßnahmen – im Gegensatz zu z. B. Medikamenten – stellt ein großes Problem dar, dass hier aber nicht weiter diskutiert werden soll.

Im Vergleich der prä- und post-ermittelten Werte lassen sich mittels statistischer Verfahren die Hypothesen entweder bestätigen, oder widerlegen. Wirkt die neue Maßnahme besser? Und wenn ja, um wie viel? Treten evtl. neue Nebenwirkungen auf, die dem Einsatz der neuen Maßnahme entgegenstehen? Ist die Kosteneffizienz aufgrund des Preises zur Gesundheitsverbesserung zu rechtfertigen? Neben diesen Fragen stellen sich zu Beginn einer RCT vor allem ethische. Doch auch das soll an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden.



Wer sich für eine (eher seltene) RCT aus dem Bereich Ergotherapie anschauen möchte, kann dies unter folgendem Link tun → [Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW \(2001\) A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. Gerontologist 41\(1\):4-14](#)

Eine Darstellung besonders geeigneter Studientypen für die verschiedenen Untersuchungsziele, fast Abb. 19 kompakt zusammen.

TABELLE 1	
Besonders geeignete Studientypen für epidemiologische Untersuchungen (nach [e8])	
Ziel der Untersuchung	Studientyp
Untersuchung seltener Krankheiten wie Tumorerkrankungen	Fall-Kontroll-Studien
Untersuchung seltener Expositionen wie industrielle Chemikalien	Kohortenstudie in einer Bevölkerungsgruppe, in der die Exposition vorhanden ist (z. B. Industriearbeiter)
Untersuchung multipler Expositionen wie etwa der gemeinsame Effekt von oralen Kontrazeptiva und Rauchen auf Herzinfarkt	Fall-Kontroll-Studien
Untersuchung multipler Endpunkte wie das Sterberisiko aufgrund unterschiedlicher Ursachen	Kohortenstudien
Schätzung der Inzidenzrate in exponierten Bevölkerungen	ausschließlich Kohortenstudien
Untersuchung von Kofaktoren, die sich über die Zeit verändern	vorzugsweise Kohortenstudien
Untersuchung von Effekten von Interventionen	Interventionsstudien

Abbildung 19: Besonders geeignete Studientypen für epidemiologische Untersuchungen (n. [Röhrig, PRei, Wachtlin, Blettner. Dtsch Arztebl Int 2009; 106\(15\): 262-8](#))

6.6 Kausalität in der Epidemiologie

Woher kommen die Babys? Glaubt man blind den Zahlen zur Storchpopulation in Oldenburg aus den Jahren 1930 bis 1936 (Tab. 9), und der mittlerweile wieder allgemein abnehmenden Storchpopulation und Geburtenrate, liegt die Sache klar auf der Hand. Der Zusammenhang dieser Zahlen ist eindeutig.

Tabelle 9: Storchpopulation und Bevölkerung in Oldenburg, von 1930-1936 aus (Razum, Breckenkamp, & Brzoska, 2017)

Jahr	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Stor- chen- popula- tion	132	142	166	188	240	250	252
Bevöl- kerung (in 1.000)	55,4	55,4	65,0	67,7	69,8	72,3	76,0

Dies ist wohl das bekannteste Beispiel für Scheinzusammenhänge. Weiter könnte auch behauptet werden, dass dort wo es eine besonders hohe Dichte an logopädischen Praxen mit langen Wartezeiten gibt, Kinder vermehrt an Sprachstörungen leiden, und umgekehrt. Aber ist das Eine auch ursächlich für das Andere?

In den beschriebenen Fällen ganz sicher nicht. Um nicht solchen Trugschlüssen (bzw. genauer Scheinkorrelationen) zu unterlegen, bedient sich die Epidemiologie bestimmter Bedingungen und Kriterien, die ebenfalls zutreffen müssen, um eine Kausalität zu erschließen.

- Die Exposition geht der Erkrankung **zeitlich voraus**.

Das ist eine selbstverständliche Bedingung. Wenn aber in einer Schlagzeile steht, dass fernsehen dick macht, da eine Studie behauptet, dass adipöse Menschen häufiger fernsehen als normalgewichtige, ist diese Bedingung

jedoch nicht gegeben. Denn vielleicht waren diese Menschen zuerst adipös, bevor sie ihren Fernsehkonsum überdurchschnittlich erhöhten?!

- **Expositionsabhängigkeit.** Verändert sich die Exposition, verändert sich auch die Krankheitshäufigkeit. Und je stärker die Assoziation zwischen Risikofaktor und Ereignis ist (z. B. anhand vom RR und OR), desto eher besteht ein Kausalzusammenhang. Dieser Zusammenhang lässt sich mit Untersuchungen zu verschiedenen Zeitpunkten feststellen.

- **Ausschließen von Fehlannahmen.** Die Assoziation von Risikofaktor und Krankheit ist nicht die Folge einer Assoziation dieser Faktoren mit einem dritten Faktor.

Z. B. einem sog. **Confounder**(s. Glossar). Dies ist ein schwierig nachzuweisender Punkt, der meist erst mit entsprechender Erfahrung zu weiteren (gut durchgeführten) Untersuchungen ausgeschlossen werden kann.

- Sind die Zusammenhänge **biologisch plausibel**?

Bei den Beispielen der Störche und der sprachgestörten Kinder sicherlich nicht. Das bisherige biologische, physiologische und pathophysiologische Wissen dient hier als Basis. Fehlende biologische Erklärungen schließen Kausalitäten jedoch nicht grundsätzlich aus. So war verunreinigtes Trinkwasser als Ursache für Choleraerkrankungen belegt, bevor der Choleraerreger bekannt war.

- Sind die Beobachtungen **konsistent**?

Führen die Untersuchungen auch mit anderen Untersuchern, Populationen und Studientypen zu einem ähnlichen Ergebnis? Das Storchenbeispiel ist somit nicht konsistent. Denn dann müssten in ländlichen Gegenden mit einer höheren Storchenpaar-pro-Einwohner-Quote entsprechend viel mehr Kinder geboren werden, als in Städten.

- Besteht eine **Dosis-Effekt-Beziehung**, bzw. ist das Outcome auch **experimentell reversibel**?

Mit zunehmender Expositions-Dosis erhöht sich auch die Krankheitswahrscheinlichkeit und -schwere. Und bei einer Abnahme auch wieder deren Auswirkungen. Auch das ist in unseren Beispielen nicht gegeben, denn es

werden auch im Winter Kinder geboren, wenn die Störche im Süden verweilen, und auch die Sprachprobleme von Kindern (falls vorhanden) ändern sich nicht, während der Schließ- und Urlaubszeiten der ansässigen Logopädie-Praxen.

Weiterhin muss in **notwendige** und **hinreichende Bedingungen** für die Entstehung von Krankheiten unterschieden werden. Eine notwendige Ursache ist dann gegeben, wenn ohne sie diese Erkrankung niemals auftreten würde. Das Hepatitis B Virus ist z. B. eine **notwendige** Ursache für die Entstehung von Hepatitis B. Die allermeisten Hepatitis-B-Infektionen verlaufen jedoch völlig symptomlos. Die Infektion/Erkrankung wird also nicht wahrgenommen, weil entweder das Immunsystem stark genug, die Viruslast (Virusmenge) unzureichend, oder die Person ganz einfach dagegen geimpft war. Bestimmte Gendefekte sind indessen hinreichende Bedingungen für das Entstehen von bestimmten Symptomen, wie z. B. der Mukoviszidose, oder dem Down-Syndrom (Trisomie 21).

Für eine Knochen-Fraktur ist es so auch **notwendig**, dass die Belastung des Knochens höher als seine Belastbarkeit war. Bei Personen mit Osteoporose kann es dann schon **hinreichend** sein, dass sie sich irgendwo dran stoßen. Bei jungen Gesunden wird ein Stoß dagegen **nicht hinreichend** für eine Fraktur sein.



Hinreichend ist eine Ursache, deren Vorliegen zwangsläufig zu einer Wirkung führt. **Notwendig** ist eine Bedingung, ohne die eine Wirkung nicht eintritt. (Klemperer, 2015, 46)

Und überhaupt ist es eher selten, dass nur ein Faktor zum Ausbruch einer Erkrankung führt (**Monokausalität**). In der Regel bedarf es **multikausaler** biopsychosozialer Faktoren, die zu einem dann auch individuellen Krankheitsbild führen (ebd.).





Literatur

Das nötige Verständnis über die Epidemiologie für diesen Studiengang können Sie am einfachsten aus dem Buch: **Epidemiologie für dummies** (WILEY-VCH Verlag), von den drei bekannten Epidemiologen Oliver Razum, Jürgen Breckenkamp und Patrick Brozka entnehmen.



Für den Anfang ausreichend ist aber auch das Kapitel zur Epidemiologie im Buch: **Public Health - Sozial- und Präventivmedizin Kompakt**, von Oliver Razum, Patrick Brozka und Matthias Egger (Herausgegeben von Matthias Egger und Oliver Razum, DeGruyter, 3. Aufl. 2014).

Wer es ganz genau wissen möchte, dem ist das Buch: **Epidemiologische Methoden**, von Lothar Kreienbock, Iris Pigeot und Wolfgang Ahrens (Springer-Verlag) oder **Epidemiologie** von Leon Gordes (Kilian Verlag) zu empfehlen.

Eine ausführliche Auflistung aller epidemiologischen Begriffe findet sich auf den **Glossar**-Seiten des [Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.](#)

Abschluss

Hier endet nun das Modul „C3 Gesundheitswissenschaften und Epidemiologie“. Einiges war Ihnen evtl. bereits bekannt, anderes wiederum wahrscheinlich ganz neu. Sie konnten wieder einen Blick über den eigenen Tellerrand werfen und erfahren, welche Zusammenhänge in der Gesundheitsversorgung möglich und nötig sind. Eins haben Sie bei der ganzen Tiefen- und Querlektüre der hier angegebenen Bücher, Texte und Verlinkungen sicher auch gelernt, nämlich, was die Gesundheitswissenschaften für ein vielfältiges und reichhaltiges Wissensgebiet ist, mit noch viel Platz für neues, z. B. aus den Heil-, Therapie- und Pflegeberufen.

Ich wünsche Ihnen weiterhin eine interessante und erfolgreiche Studienzeit.

Josef Galert

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* (A. Franke, Trans.) Tübingen: dgvt.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.
- Bertalanffy, L. (1949). General System Theory. *Biologia Generalis* , pp. 114-129.
- Blättner, B., & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft* (5 ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2013). *Einführung in die Epidemiologie.* Bern: Hans Huber.
- Breslow, L. (1999, 3 17). From Disease Prevention to Health Promotion. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (281), pp. 1030-1033.
- Bruchhausen, W., & Schott, H. (2008). *Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin.* Göttingen: UTB Vandenhoeck & Ruprecht.
- CDC. (2011, 5 20). *Morbidity and Mortality Weekly Report.* Retrieved 2018, from Center for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm>
- (2002). Oxford Textbook of Public Health Current scope and concerns in public health. In R. Detels, L. Breslow, R. Detels, R. Beaglehole, M. A. Lansang, & M. Guliford (Eds.). Oxford: Oxford University Press.
- Egger, J. W. (2005, 2). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Zeitschrift für Psychologische Medizin* , pp. 3-12.
- Egger, M., Low, N., & Razum, O. (2014). *Public Health* -. (M. Egger, & O. Razum, Eds.) Berlin/Boston: de Gruyter.
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit.* Bern: Huber.

- Engel, G. L. (1977, 4 8). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* , pp. 129-136.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovskys sense of coherence scale and relation with health: A systematic review. (B. P. Group, Ed.) *Journal of Epidemiology and Community Health* , pp. 460-466.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart - New York: Thieme.
- Gottstein, A., Schloßmann, A., & Teleky, L. (Eds.). (1925). *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge* (Vol. 1). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hafen, M. (2007). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Haisch, J., Weitkunat, R., & Wildner, M. (1999). *Wörterbuch Public Health*. Bern: Hans Huber.
- Hayden, J. A., van Tulder, M. W., Malmivaara, A. V., & Koes, B. W. (2005). Meta-Analysis: Exercise Therapy for Nonspecific Low Back Pain. *Ann Intern Med.*(142), pp. 765-775.
- Hurrelmann, K., & Razum, O. (2016). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K., Laaser, U., & Razum, O. (2016). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In R. O. Hurrelmann K, *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (p. 19). Weinheim, Basel: Juventa.
- Keel, P., Schwarz, H., Brem, P., & Opershall, C. (2007). Das Vermeiden der Chronifizierung unspezifischer lumbaler Rückenschmerzen. *Schweiz Med Forum* (7), pp. 514-519.
- Klemperer, D. (2015). *Sozialmedizin - Public Health – Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Göttingen: Hogrefe.
- Kobasa, S. C. (1979, 1). Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* , pp. 1-11.

- Kreienbrock, L., Pigeot, I., & Ahrens, W. (2012). *Epidemiologische Methoden*. Berlin Heidelberg: Springer Spektrum.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lippke S, R. B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In H. P. Renneberg B (Ed.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 35-60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mathe, T. (2005). *Medizinische Soziologie und Sozialmedizin*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Razum, O., Breckenkamp, J., & Brzoska, P. (2017). *Epidemiologie für Dummies*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag.
- Reimer, C. (1994). *Ärztliche Gesprächsführung*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.
- Rogers, C. (1994). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer TB.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Gesundheitswesen* , pp. 140-144.
- Scheidt-Nave, C. (2010). Chronische Erkrankungen - Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. *Public Health Forum* , pp. 2-4.
- Schuch, S. (2008). Der Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit. Macht Armut übergewichtig? *Ernährung* , pp. 52-57.
- Schwartz, F. W. (2006, 03 01). Von der "medizinischen Polizey" zu den Gesundheitswissenschaften: Zum Verhältnis von Gesundheitsexperten und Staat. *Das Gesundheitswesen* , pp. 70-80.
- Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., et al. (2003). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (2 ed.). München, Jena: Urban & Fischer.
- Seeger, D. (2001, 12). Physiotherapie bei Rückenschmerzen - Indikationen und Grenzen. *Der Schmerz* , pp. 461-467.

Troschke von, J. (2002). Der Beitrag der Medizin zur Public Health. In P. Kolip (Ed.), *Gesundheitswissenschaften* (pp. 35-36). Weinheim und München: Juventa.

von Troschke, J. (2002). Der Beitrag der Medizin zur Public Health. In P. Kolip (Ed.), *Gesundheitswissenschaften* (pp. 35-36). Weinheim und München: Juventa.

von Troschke, J. (2002, 10 01). Geschichte und Entwicklung von Gesundheitswissenschaften und Public Health in Deutschland. *Public Health Forum*, 10 (3), pp. 4-5.

Weiss, E., & English, O. (1943). *Psychosomatic Medicine. The Clinical Application of Psychopathology to General Problems*. Philadelphia, London: Saunders.

Linkverzeichnis

Nr.	Bezeichnung, Titel	Urheber_in, Herausgeber_in	URL	Zuletzt eingesehen
1	<i>Was ist Public Health?</i>	Deutsche Gesellschaft für Public Health(2018)	http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/informationen/public-health/	09.05.2019
2	<i>Max von Pettenkofer</i>	Ludwig-Maximilians-Universität München - Medizinische Fakultät Max von Pettenkofer-Institut (o. J.)	http://www.mvp.uni-muenchen.de/institut/geschichte/	09.05.2019
3	<i>Salomon-Neumann-Medaillie</i>	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) (2011)	http://www.dgsmp.de/die-gesellschaft/salomon-neumann-medaille/#1525780222494-731b4cf3-3f57	09.05.2019
4	<i>Rudolph Virchow</i>	Bibliographisches Institut GmbH (2010)	https://www.lernhelfer.de/schuelerlexikon/biologie-abitur/artikel/rudolph-virchow	09.05.2019
5	<i>Robert Koch: Der Mitbegründer der Mikrobiologie</i>	Robert Koch Institut (RKI) (2018)	https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/robert_koch_node.html	09.05.2019
6	<i>Gottstein, Adolf</i>	Kulturportal West-Ost (o. J.)	https://kulturportal-west-ost.eu/biographien/gottstein-adolf-2	09.05.2019
7	<i>Ludwig Teleky</i>	Schlagen, U. & Schleiermacher im Auftrag der	www.100-jahre-sozialmedizin.de/CD_DGSMP/PdfFiles/Biografien/Teleky.pdf	09.05.2019

		Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) (Hg.) (2005)		
8	<i>Über Prof. Dr. Arthur Schlossmann und Prof. Dr. Albert Eckstein</i>	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (o. J.)	https://50jahre.phil.hhu.de/zeitzeugen/ueber-prof-dr-arthur-schlossmann/	09.05.2019
9	<i>Was ist Sozialdarwinismus?</i>	Lenzen, M. (2015)	http://www.bpb.de/politik/extremismus/rechtsextremismus/214188/was-ist-sozialdarwinismus	23.05.2019
10	<i>Was heißt Euthanasie?</i>	Wunder, M. (2018)	https://www.gedenkort-t4.eu/de/wissen/was-heisst-euthanasie	09.05.2019
11	<i>Aufgaben und Ziele. Gesundheitliche Aufklärung in Deutschland.</i>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.)	https://www.bzga.de/die-bzga/aufgaben-und-ziele/	09.05.2019
12	<i>Was sind nichtübertragbare Krankheiten?</i>	Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa (o. J.)	http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases	09.05.2019
13	<i>Public Health – mehr Gesundheit für alle. Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern</i>	Dragano, N., Gerhadus, A., Kurth, B.-M., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler, L. H., Wildner, M. & Zeeb, H. (2016)	https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-116192.pdf?update=true&update=true doi: http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116192	14.05.2019
14	<i>Public Health – Mehr Gesundheit für alle</i>	Robert Koch Institut (RKI) (2017)	https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/PH_node.html	09.05.2019

15	<i>Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes</i>	Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)	http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D	09.05.2019
16	<i>Rückenschmerzen, Heft 53</i>	Robert Koch Institut (RKI) (2018)	www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rueckenschmerzen.pdf?__blob=publicationFile	25.10.2018
17	<i>Ständige Impfkommission</i>	Robert Koch Institut (RKI) (2017)	https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html	14.05.2019
18	<i>Institut für Public Health stellt</i>	Charité, Berlin	https://iph.charite.de/ueber_das_institut/	25.10.2018
19	<i>Veranstaltungskalender des IPH</i>	Charité, Berlin	https://iph.charite.de/ueber_das_institut/veranstaltungen/	25.10.2018
20	<i>Arsenal-Star Cesc Fabregas – Knallhart! Elfmeter mit gebrochenem Bein verwandelt</i>	Express (2018)	https://www.express.de/sport/fussball/arsenal-star-cesc-fabregas-knallhart-elfmeter-mit-gebrochenem-bein-verwandelt-1027796	09.05.2019
21	<i>Was ist Schmerz?</i>	Nobis, G. & Rolke, R. (2012)	https://www.dgss.org/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/was-ist-schmerz/	09.05.2019
22	<i>Chirurgische Eingriffe in der Steinzeit & Shanidar 1</i>	Atlantisforschung	http://atlantisforschung.de/index.php?title=Die_Kennntnis_der_Trepanation_-_Ein_weltweites_Ph%C3%A4nomen_der_Steinzeit	25.10.2018
23	<i>Whast does it mean to be human? Shanidar 1</i>	Smithsonian - National Museum of Natural History (o. J.)	http://humanorigins.si.edu/evidence/human-fossils/fossils/shanidar-1	09.05.2019
24	<i>Mesopotamien – wo die Geschichte beginnt</i>	Albrecht, L. (2016)	https://www.dw.com/de/mesopotamien-wo-die-geschichte-beginnt/g-36269039	09.05.2019
25	<i>Humoralpathologie – Medizin basierend</i>	Universität Leipzig (o. J.)	home.uni-leipzig.de/helium/Querdenker/2016/Humoralpathologie_Scholz.pdf	09.05.2019

	<i>auf der Vier-Säfte-Lehre</i>			
26	<i>Hippokrates von Kos</i>	Wikipedia Foundation Inc. (o. J.)	https://de.wikipedia.org/wiki/Hippokrates_von_Kos	09.05.2019
27	<i>Galen</i>	DocCheck Flexikon (o. J.)	https://flexikon.doccheck.com/de/Galen	09.05.2019
28	<i>Paracelsus</i>	Wikipedia Foundation Inc. (o. J.)	https://de.wikipedia.org/wiki/Paracelsus	09.05.2019
29	<i>Was ist ein Qaly?</i>	Meißner, M. (2010)	https://www.aerzteblatt.de/archiv/70329/Was-ist-ein-Qaly	25.10.2018
30	<i>Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986</i>	Weltgesundheitsorganisation Europa (WHO) (o. J.)	www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf	09.05.2019
31	<i>Homöostase</i>	DocCheck Flexikon (o. J.)	https://flexikon.doccheck.com/de/Hom%C3%B6ostase	09.05.2019
32	<i>Aldous Huxley</i>	Wikipedia Foundation Inc. (o. J.)	https://de.wikipedia.org/wiki/Aldous_Huxley	09.05.2019
33	<i>kPNI e.V.</i>	Deutsche Gesellschaft für klinische Psycho-Neuro-Immunologie e. V. (kPNI) (o. J.)	https://kpni.de/	09.05.2019
34	<i>Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der Praxis</i>	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (o. J.)	https://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/egger-jw-2008-das-biopsychosoziale-krankheitsmodell-in-der-praxis/	09.05.2019
35	<i>Sense of Coherence (SOC) – Fragebogen zur Lebensorientierung.</i>	Hücker, F.-J. (o. J.)	http://www.nlp.de/cgi-bin/exp_com/soc_glob.cgi	09.11.2018
36	<i>Objektivität, Reliabilität, Validität</i>	Engelhardt, A. (2013)	https://www.crashkurs-statistik.de/objektivitat-reliabilitat-validitat/	09.05.2019
37	<i>Was hält Menschen gesund? Das Salutogenesemodell</i>	Emmelmann, A. Dr. (2016)	https://www.youtube.com/watch?v=e3I9Mwkvx7M	09.05.2019

	<i>von Aaron Antonovsky. Gesundheitspsychologie.</i>			
38	<i>Individualisierte Medizin</i>	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (o. J.)	https://www.bmbf.de/de/individualisierte-medizin-378.html	09.05.2019
39	<i>Big Data und Gesundheit</i>	Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017)	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/november/big-data-und-gesundheit.html	09.05.2019
40	<i>Bauchgefühl ade - Big Data ebnet den Weg zu individuellen Therapien.</i>	Schnack, D. (2018).	https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitswirtschaft/article/968121/digitalisierung-bauchgefuehl-ade-big-data-ebnet-weg-individuellen-therapien.html?sh=1&h=133465618	09.05.2019
41	<i>Tissue Engineering</i>	Wikipedia Foundation Inc. (o. J.)	https://de.wikipedia.org/wiki/Tissue_Engineering	09.05.2019
42	<i>Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert</i>	Bengel, J. Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001)	https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-06-was-erhaelt-menschen-gesund-antonovskys-modell-der-salutogenese/	09.05.2019
43	<i>Keiner kann Heilen oder Gesundmachen</i>	Völker, F. (2012)	https://www.youtube.com/watch?v=SQEq9trlaEk	09.05.2019
44	<i>Sterbetafel 2014/2016. Methoden- und Ergebnisbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer.</i>	Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018)	https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/periodensterbetafel-erlaeuterung-5126203167004.pdf?__blob=publicationFile&v=3 Artikelnummer: 5126203-16700-4 [PDF]	09.05.2019

45	<i>Unfälle von Frauen und Männern im Straßenverkehr</i>	Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018)	https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-frauen-maenner-5462407177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4	14.05.2019
46	<i>Quaestio de Monasteriis. Infoblatt Klosterstudie. Zweite Welle des Gesundheits-surveys</i>	Luy, M. (Hg.) (2014)	www.klosterstudie.at/Quaestio_de_Monasteriis_2014.pdf	09.05.2019
47	<i>Krebsvorsorge - Nur jeder vierte Mann geht zur Früherkennung</i>	Ärzte Zeitung Online (2018)	https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/969063/krebsvorsorge-nur-jeder-vierte-mann-geht-frueherkennung.html?sh=1&h=-1279048796	14.05.2019
48	<i>Women live longer than men even during severe famines and epidemics</i>	Zarulli, V., Barthold-Jones, J. A., Oksuzyan, A., Lindahl-Jacobsen, R., Christensen, K. & Vaupel, J. W. (2018).	https://www.pnas.org/content/115/4/E832	09.05.2019
49	<i>Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 25 Gesundheitsuntersuchungen</i>	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) – Bundesamt für Justiz (BfJ) (o. J.)	https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_25.html	09.05.2019
50	<i>Gesundheit im Alter</i>	Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (o. J.)	www.gbe-bund.de/pdf/GesundheitAlter_2012.pdf	14.05.2019

51	<i>Pressemitteilung: Demografie nur zu 17 Prozent für die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich</i>	AOK Niedersachsen (2018)	https://www.krankenkassen-direkt.de/news/pr/mitteilung.pl?id=1880584&cb=7704949093	09.05.2019
52	<i>Top 10 Diagnosen für Verordnungen in der Sprachtherapie im Rahmen der AOK im Jahr 2016</i>	Statista GmbH (2019)	https://de.statista.com/statistik/daten/studie/701806/umfrage/top-10-diagnosen-fuer-verordnungen-in-der-sprachtherapie/	09.05.2019
53	<i>Datenreport 2011: Der Sozialbericht für Deutschland, Kap. 9.3: Gesundheitliche Ungleichheit.</i>	Lampert, T., Kroll, L. E., Kuntz, B. & Ziese, T. (2011)	https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/1686/25hQnjbYsdVfk.pdf?sequence=1&isAllowed=y	09.05.2019
54	<i>Quaestio de Monasteriis. Infoblatt Klosterstudie. Zweite Welle des Gesundheits-surveys</i>	Luy, M. (2014)	www.klosterstudie.at/Quaestio_de_Monasteriis_2014.pdf	09.05.2019
55	<i>Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Bd. 23). Kinder- und Jugendreport 2018</i>	Storm, A. (Hg.) (2018)	https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder--und-jugendreport-2018-2002322.pdf ISBN 978-3-86216-448-6	14.05.2019
56	<i>Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit"</i>	Hildebrand, F. (2012)	https://www.youtube.com/watch?time_continue=694&v=kBr7lox4VIM	09.05.2019
57	<i>Der Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit"</i>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.)	https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/	09.05.2019

58	<i>The secret to living longer may be your social life</i>	Pinker, S. (2017)	https://www.ted.com/talks/susan_pinker_the_secret_to_living_longer_may_be_your_social_life	09.05.2019
59	<i>Was ist ein gutes Leben? Lehren aus der längsten Studie über Glück</i>	Waldinger, R. (2015)	https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness?language=de	09.05.2019
60	<i>A bad marriage can seriously damage your health, say scientists</i>	Liverpool, L. (2018)	https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/jul/16/a-bad-marriage-is-as-unhealthy-as-smoking-or-drinking-say-scientists?xing_share=news	09.05.2019
61	<i>Männergesundheit-sportal</i>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.)	https://www.maennergesundheitsportal.de/service/daten-und-fakten/?uid=165928cbfab48b97cfb5645812e5137f	14.05.2019
62	§§25 – 26 SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB V) (2019)	https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/25.html https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/25a.html https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/26.html	09.05.2019
63	<i>Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986</i>	Weltgesundheitsorganisation Europa (WHO) (o. J.)	www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf	09.05.2019
64	<i>Praxisdatenbank Gesundheitsförderung</i>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	https://www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de/praxisdatenbank/	14.05.2019
66	<i>Trendstudie: Die Zukunft der Krankenversicherungen</i>	Carl, M. & Gondlach, K. (2018)	https://www.zukunft.business/fore-sight/trendstudien/trendstudie/trendstudie-die-zukunft-der-krankenversicherungen/	09.05.2019
67	<i>Prävention: 165.000 weniger Krebsneuerkrankungen</i>	News aktuell GmbH (2018)	https://www.presseportal.de/pm/54458/4071237	09.05.2019

68	<i>Infomaterialien</i>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.)	https://www.bzga.de/infomaterialien/	09.05.2019
69	<i>Schockbilder auf Tabakwaren. Schüler empfinden Angst, Ekel und Traurigkeit.</i>	Spiegel Online GmbH & Co. KG (2018)	https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/rauchen-halten-schockbilder-schueler-vom-rauchen-ab-a-1210079.html	09.05.2019
70	<i>Prävention ist wichtig. Was bedeutet Prävention in der Logopädie?</i>	Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (o. J.)	https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlussen/stoerungen-bei-kindern/praevention-ist-wichtig.html	09.05.2019
71	<i>Gesundheit aus dem Kiosk? Wir sagen: Das geht!</i>	Gesundheitskiosk Billstedt (o.J.)	https://gesundheit-bh.de/gesundheitskiosk/	09.05.2019
72	<i>Ziele, Historie, Satzung</i>	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGepi) (2012)	https://www.dgepi.de/home/ziele-historie-satzung/	09.05.2019
73	<i>Arbeitsgruppen</i>	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGepi) (o. J.)	https://www.dgepi.de/arbeitsgruppen.html	09.05.2019
74	<i>Global tuberculosis report 2018</i>	World Health Organization (WHO)	www.who.int/tb/publications/global_report/Exec_summary_17Sept2018.pdf?ua=1	09.05.2019
75	<i>Gesundheitsstudien des RKI. Studien des Gesundheitsmonitorings</i>	Robert Koch Institut (RKI) (2017)	https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Studien_inhalt.html	09.05.2019
76	<i>Bericht einer Pflegekraft</i>	XXXXXXX (2003)	www.ethikkomitee.de/downloads/fall2003-4.pdf	09.05.2019
77	<i>Fallbericht Hemiplegie – Peelinghandschuh verbessert</i>	Lange, U. (2013)	https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0032-1333451.pdf	09.05.2019

	<i>Therapieerfolg. Fallbericht Hemiplegie</i>		DOI: 10.1055/s-0032-1333451	
78	<i>Poster vom dbl-Kongress 2017 in Mainz. Verlust des Stotterns nach Kleinhirnblutung – Ein Fallbericht</i>	Primaßin, A., Wolter, S., Bütfering, C., Lange, C., Dechent, P., Paulus, W., Goya-Maldonado, R., Neef, N. E. & Sommer, M. (2017)	https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Fobis/kongress/2017/Primasin_dbl_Poster2017.pdf	09.05.2019
79	<i>Springerknie bei Profifußballern: Ein Fallbericht</i>	Mathieu, N. (2016)	https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_physiotherapie/Leseprobe_spy116_low.pdf DOI 10.1055/s-0041-108160	09.05.2019
80	<i>Free statistical calculators. Odds ratio calculator</i>	MedCalc Software bvba (o. J.)	https://www.medcalc.org/calc/odds_ratio.php	09.05.2019
81	<i>Anzahl der Krebsneuerkrankungen und durch Krebs verursachte Todesfälle in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2016</i>	Statista GmbH (2019)	https://de.statista.com/statistik/daten/studie/30563/umfrage/jaehrliche-krebserkrankungen-und-todesfaelle-in-deutschland/	09.05.2019
82	<i>Free statistical calculators. Relative risk calculator</i>	MedCalc Software bvba (o. J.)	https://www.medcalc.org/calc/relative_risk.php	09.05.2019
83	<i>Biometrie und Epidemiologie in der Klinischen Forschung. Kontrollierte Klinische Studien. Interventionsstudien</i>	Hense, Prof. & Köpcke, Prof. (o. J.)	https://slideplayer.org/slide/6831969/	09.05.2019
84	<i>A Randomized, Controlled Trial of a</i>	Gitlin, L. N., Corcoran, M., Winter,	https://academic.oup.com/gerontologist/article/41/1/4/590878	09.05.2019

	<i>Home Environmental Intervention: Effect on Efficacy and Upset in Care-givers and on Daily Function of Persons With Dementia</i>	L., Boyce, A. & Hauck, W. W. (2001)		
85	<i>Types of Study in Medical Research, Part 3 of a Series on Evaluation of Scientific Publications</i>	Röhrig, B., Prel, J.-B. du, Wachtlin, D. & Blettner, M. (2009)	https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=64227	14.05.2019
86	<i>Glossar zur Evidenzbasierten Medizin</i>	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2011)	https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/dnebm-glossar-2011.pdf	09.05.2019

Weiterführende Links:

[Daten zu Gesundheitswesen & Krankenversicherung der Universität Duisburg-Essen](#)

[Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes](#)

Glossar

A

ADL Activities of daily living = engl. Aktivitäten des täglichen Lebens. Wie z. B. essen, trinken, waschen, ankleiden, bewegen, kommunizieren, Stuhl/Urin ausscheiden, ruhen und Schlafen etc. Diese alle so selbstständig wie nur möglich.

B

Bias Unbeabsichtigte Verzerrung von Studienergebnissen. Z. B. Selektionsbias, Responder Bias, Informationsbias, Recall Bias, *Confounding* etc.

C

Chronische Erkrankungen Nicht vollständig heilbare – aber auch nicht zwingend tödlich verlaufende – lang andauernde Erkrankung. Z. B. Diabetes Mellitus, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Multiple Sklerose, M. Parkinson, M. Alzheimer etc.

Coping Bewältigungsstrategie zur Handhabung eines Problems z. B. einer Erkrankung.

Confounder Störvariable, die das Messergebnis verfälscht, weil ein Zusammenhang zwischen einer unbeachteten Exposition auf das Outcome vorliegt. Z. B. Rauchen und Leberzirrhose. Nikotin verursacht keine Leberzirrhose, aber viele Raucher_innen trinken auch Alkohol, und dieser verursacht die Leberzirrhose.

D

Determinanten von Gesundheit Die Gesundheit positiv wie negativ beeinflussende Lebens- und Umweltfaktoren.

Demographie Statistisch und theoretische Beschreibung der Entwicklung von Bevölkerungen.

H

Hypothese Annahme, deren Gültigkeit in einer wissenschaftlichen Untersuchung bewiesen oder widerlegt wird.

I

Inzidenz Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb einer bestimmten Population in einem definierten Zeitraum.

Inzidenzrate Anzahl der Neuerkrankungen, dividiert durch die Gesamtzahl der gesunden Personen mit gleichem Erkrankungsrisiko im Untersuchungszeitraum.

$$\text{Inzidenz pro 1000} = \frac{\text{Anzahl der Krankheitsfälle in einer Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums}}{\text{Anzahl der Personen mit gleichem Risiko, innerhalb dieses Zeitraums}} \times 1000$$

L

Letalität Häufigkeit, mit der eine Krankheit tödlich ausgeht. Sterbefälle durch eine Krankheit, dividiert durch alle von der Krankheit Betroffenen.

M

Mortalität Sterblichkeit. Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtzahl der Population.

Mortalitätsrate Anteil der Population, die innerhalb eines definierten Zeitraums verstirbt.

P

Prävalenz Krankheitshäufigkeit. Anzahl der Ereignisse (z. B. Unfälle oder Krankheitsfälle) zu einem bestimmten Zeitpunkt.

R

Resilienz Aufrechterhaltung oder rasche Rückgewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach widrigen Lebensumständen (= Stressoren).

Risikofaktor Als Risikofaktor wird ein Faktor bezeichnet, der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung erhöht. (Klemperer, 2015, 112)

S

Setting Lebensumfelder wie Wohnung, Arbeitsplatz, Schule, Kita, Altenheim, Krankenhaus, Haftanstalt, Sportverein, Selbsthilfegruppe, Kommune, Nachbarschaft etc.

V

Verhaltensprävention Maßnahmen hin zu einem individuellen gesundheitsbewussteren Verhalten.

Verhältnisprävention Maßnahmen hin zu einer gesundheitsbewussteren Gestaltung der Lebens- und Arbeitsverhältnisse.

Vulnerabilität Verwundbarkeit / Anfälligkeit / erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Stressoren / Krankheiten.



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul C4:
Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit

Impressum

Modulentwicklung:

Dr. Ute Siebert

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Besondere Informationen zum Durchlotsen durch das Online-Vorlesungsskript:



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



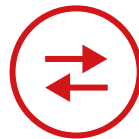
Definition



Tip



Information



Austausch



Video

[Querverweis](#)
Externer Link

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
1. Willkommen	3
2. Überblick und Lernziele	4
3. Inhalt	5
3.1 Gesellschaftliche Vielfalt und der Diversity Ansatz	5
3.1.1 Begriffsklärung	6
3.1.2 Der Diversity Ansatz	6
3.1.3 Verwandte Ansätze.....	9
3.2 Diversity Dimensionen	11
3.2.1 Diversität-Dimensionen	11
3.2.2 Diskriminierung und verschiedene Diskriminierungsformen	13
3.2.3 Kritische Perspektiven	15
3.3 Migration und Gesundheit.....	17
3.3.1 Definitionen und demografische Aspekte.....	17
3.3.2 Datenlage, Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund	21
3.3.3 Psychologische Phasen bei Migration und Flucht.....	25
3.3.4 Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung	30
3.3.5 Zusammenfassung	42
3.4 Behinderung und Gesundheit	43
3.4.1 Begrifflichkeiten, soziodemografische Daten	43
3.4.2 Gesundheitsstatus von Menschen mit Behinderung.....	47
3.4.3 Zugangsbarrieren und Herausforderungen	48
3.5 Sexuelle Orientierung / Identität und Gesundheit	55
3.5.1 Begrifflichkeiten.....	55
3.5.2 Datenlage.....	56
3.5.3 Gesundheitliche Aspekte, Barrieren in der Gesundheits-versorgung.....	57
3.6 Intersektionalität	63
3.6.1 Behinderung und Migrationshintergrund	65
3.6.2 Sexuelle Orientierung / Identität und Alter	68
3.7 Gesetzliche Vorgaben und Richtlinien zu Antidiskriminierung und gesundheitlicher Chancengleichheit.....	71
3.7.1 Das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)	73
3.7.2 Diskriminierungsschutz außerhalb des AGG	81

3.7.3 Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderung	83
3.7.4 Das Präventionsgesetz.....	86
3.7.5 Die Charta der Vielfalt	87
3.8 Diversity Management und Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen	88
3.8.1 Aktuelle Ansätze: DiM und IKÖ.....	89
3.8.2 Praxis-Beispiele	92
3.9 Diversität im eigenen Berufsfeld / Ideen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit.....	97
4. Zusammenfassung und Ausblick.....	100
5. Literaturverzeichnis	101
6. Linkverzeichnis, Videos	1

1. Willkommen

Willkommen im Modul C4 "Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit". Wir werden uns in diesem Modul mit Zusammenhängen zwischen gesellschaftlicher Vielfalt und Gesundheit beschäftigen.

Gesellschaften sind in sich heterogen, und verschiedene gesellschaftliche Gruppen haben unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse und Herausforderungen.

Unser Gesundheitssystem berücksichtigt die verschiedenen Gesundheitsrisiken und Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bisher jedoch unzureichend. Dies führt zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. In der Folge sind viele Menschen mit Zugangsbarrieren zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung konfrontiert und erleben mit Diskriminierungen im Gesundheitswesen. Durch Perspektiven des Diversity-Ansatzes nähern wir uns dem Thema und reflektieren über gesellschaftliche, politische sowie persönliche Herausforderungen im Umgang mit sozialer Heterogenität.

Im Modul C3 haben Sie bereits von gesundheitlichen Unterschieden in Bezug auf Geschlechtszugehörigkeit und Alter erfahren. In diesem Modul wenden wir uns weiteren sozialen Merkmalen zu, die mit gesundheitlicher Ungleichheit und Unterschieden in Gesundheitschancen einher gehen. Ein Schwerpunkt in diesem Modul liegt auf den Zusammenhängen zwischen ethnischer Herkunft bzw. Migrationshintergrund und Gesundheit; außerdem betrachten wir die gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderung sowie Menschen mit homo-, bi- und transsexueller Identität.

Gesundheitsrisiken sind besonders hoch bei Menschen, bei denen verschiedene gesellschaftliche Benachteiligungen gleichzeitig wirken, wie beispielsweise niedriges Einkommen, niedrige Bildung und Migrationshintergrund, oder Behinderung und Migrationshintergrund. Hier verstärken sich verschiedene Benachteiligungen gegenseitig. In diesem Zusammenhang werden wir uns mit dem Konzept der „Intersektionalität“ befassen.

Im Studienhandbuch erwarten Sie auch ausführliche Definitionen, die das Ziel eines sensiblen Umgangs mit Begrifflichkeiten haben, da im Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt häufig abwertende, stigmatisierende Bezeichnungen für einzelne Personengruppen verwendet werden.

Mittlerweile haben sich viele Projekte und Maßnahmen das Ziel gesetzt, gesundheitliche Chancenungleichheit bestimmter Bevölkerungsgruppen zu verringern. Dazu werden Sie verschiedene Ansätze und Maßnahmen von Diversity Management und Interkultureller Öffnung kennenlernen.

2. Überblick und Lernziele

Wenn Sie dieses Modul samt aller e-tivities und der Prüfungsleistung absolviert haben, kennen Sie verschiedene Perspektiven zum Diversity Ansatz und zu Intersektionalität. Sie haben Ihren Blick geschärft für unterschiedliche Formen von Diskriminierung und Benachteiligung aufgrund sozialer Merkmale wie ethnischer Herkunft/Migrationshintergrund, Behinderung und sexueller Identität und Sie haben rechtliche Richtlinien zur Antidiskriminierung kennengelernt. Durch verschiedene e-tivities konnten Sie Ihre Selbstreflexion über den eigenen Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt und mit Abweichungen von der dominanten Norm schulen.

Sie haben Einblick in die Repräsentation von gesellschaftlicher Vielfalt in Sozial- und Gesundheitsberichten erhalten und dadurch erfahren, wie wichtig weitere Erhebungen und Forschungen zum Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen auch zukünftig sind. Durch das Modul konnten Sie einen Überblick über verschiedene real wirksame Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung und Menschen mit homo-, bi- und transsexueller Identität gewinnen. Teilweise haben Sie auch deren Perspektiven als Nutzer_innen des Gesundheitssystems kennengelernt. Im Modul wurden Ihnen mehrere Beispiele gesundheitsbezogener Maßnahmen im Bereich Diversity Management und Interkultureller Öffnung vorgestellt. Sie selbst haben im Rahmen des Kurses zusammen mit Ihrem Mitstudierenden eigene Ideen für Maßnahmen in Ihrem Berufsfeld entwickelt, um die Gesundheitschancen bestimmter Bevölkerungsgruppen zu vergrößern. Dadurch konnten Sie Ihre Kompetenz erweitern, um benachteiligte Patient_innen oder Klient_innen im Gesundheitswesen besser zu unterstützen und an einer diversity-gerechteren Gesundheitsversorgung mitzuarbeiten.

3. Inhalt

3.1 Gesellschaftliche Vielfalt und der Diversity Ansatz



Der Begriff „Gesellschaftliche Vielfalt“ will ausdrücken, dass Gesellschaften aus unterschiedlichen Gruppen von Menschen bestehen und die Bevölkerung eines Nationalstaats immer heterogen ist.

Vielfalt innerhalb der Bevölkerung zeigt sich beispielsweise durch Menschen unterschiedlichen Geschlechts, verschiedener sexueller Orientierung und unterschiedlicher Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere und sehr betagte Menschen). Auch gehören Menschen unterschiedlichen sozialen Schichten an; wenn wir auf Deutschland schauen, ist Wohlstand und Bildung innerhalb der Bevölkerung sehr unterschiedlich verteilt. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, zum weiblichen oder männlichen Geschlecht, die sexuelle Orientierung und Identität, die Zugehörigkeit zu Gruppen die aus anderen Ländern nach Deutschland eingewandert sind oder die körperlichen und geistigen Eigenschaften, die ein Mensch mitbringt, entscheiden darüber, welche Teilhabechancen Menschen in wichtigen gesellschaftlichen Bereichen, wie dem Bildungssystem, Arbeitsmarkt, Wirtschaftssektor oder in der Gesundheitsversorgung haben.

Durch gesellschaftliche Machtverhältnisse dominieren bestimmte gesellschaftlichen Gruppen die Ausgestaltung des Bildungssystems, des Wirtschaftssektors oder des Gesundheitssystems. Andere soziale Gruppen finden dabei weniger Beachtung und erleben Zugangsbarrieren in der Teilhabe. Im Gesundheitsbereich kann dies z.B. zu einer schlechteren medizinischer Versorgung, fehlende passgenauen Angeboten, Fehl- und Unterversorgung sowie Chronifizierungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen führen.

Sogenannte Diversity Programme, Ansätze von Diversity Management oder „Umgang mit Vielfalt“, haben häufig das Ziel, Diskriminierungen und Zugangsbarrieren bestimmter Zielgruppen abzubauen sowie ihre Teilhabechancen an gesellschaftlichen Ressourcen zu erhöhen.

3.1.1 Begriffsklärung



Was aber bedeutet „**Diversity**“? Der englische Begriff wird oft im deutschsprachigen Raum benutzt und kann mit Verschiedenheit, Vielfalt oder Heterogenität übersetzt werden.

Im Rahmen des Diversity Ansatzes werden Eigenschaften benannt, durch die sich Menschen voneinander unterscheiden oder sich ähneln können (siehe auch „Diversitydimensionen“ in Kapitel 3.2). Durch den Begriff der Diversität wird gesellschaftliche Heterogenität in all ihren Formen ausgedrückt; außerdem wird mit „Diversity“ oft ein ressourcenorientierter, produktiver Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt verbunden.

3.1.2 Der Diversity Ansatz



Die Wurzeln des Diversity Ansatzes liegen in der **US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung (*Civil Rights Movement*)**, die sich von den späten 1950er Jahren bis Ende der 1960er Jahre erstreckte. Im Zentrum stand die Durchsetzung von Bürgerrechten für die schwarze Bevölkerung der USA (African Americans), die gegen die damalige sogenannte **Rassentrennung (*racial segregation*)** kämpfte. Als Resultat der Bewegung wurden politische und gesellschaftliche Reformen zur Gleichberechtigung eingeführt, wie die „**Affirmative Action Programs**“, die Diskriminierungen im Bildungsbereich und auf dem Arbeitsmarkt nicht nur beseitigen, sondern die Bildungs- und Karrierechancen von African Americans proaktiv erhöhen sollten, z.B. durch die Einführung von Quoten (etwa um die Zahl der African Americans unter den Studierenden zu erhöhen). Ab den 1980er Jahren wurden diese Affirmative Action Programs wieder zurückgefahren, da sie der neoliberalen Politik der Regierung Reagans entgegenstanden (Bendl, Hanappi-Egger & Hofmann, 2012).

Zwischen den späten 1980er Jahren und den frühen 1990er Jahren kam das Konzept des **Diversity Managements** auf, das zunächst vor allem auf wirtschaftliche Aspekte ausgerichtet war. Der US-amerikanische Workforce 2000 Report (1987) prognostizierte, dass im Jahr 2000 85% der neu in den US-amerikanischen Arbeitsmarkt

eintretenden Menschen Frauen und „people of color“ sein würden (nicht-weiße Amerikaner_innen ohne angelsächsische Herkunft, d.h. African Americans, Latino-Americans, Asian Americans etc.). Man erwartete somit eine steigende Diversität sowohl bei den Erwerbstätigen und auch bei den Kund_innen. Anfang der 1990er Jahre erschienen erste Artikel in Management-Zeitschriften, die den Vorteil der Beachtung von Diversität in Unternehmen und Organisationen betonten (ebda).

Diversity Management hat sich mittlerweile in vielen US-amerikanischen transnationalen Konzernen wie IBM, Coca Cola und auch deutschen Unternehmen wie Adidas und Lufthansa etabliert mit dem Ziel, die Loyalität ihrer diversen Mitarbeiter_innen zu erhöhen und neue Kund_innenkreise zu erschließen. Hier standen also neben der Bindung der Angestellten an ein Unternehmen auch Profitmaximierung und Wettbewerbsvorteil im Vordergrund (Perko & Czollek, 2007).



Im europäischen und deutschen Kontext hat sich Ende der 1990er Jahre und besonders ab den frühen 2000er Jahren ein Verständnis von Diversity Management entwickelt, das weniger auf ökonomische Vorteile ausgerichtet ist. Vielmehr handelt es sich um ein „politisiertes Diversity-Konzept“, das den Abbau von Diskriminierungen, gerechte Teilhabechancen, Umverteilungsgerechtigkeit und Anerkennung aller Menschen anstrebt (Perko & Czollek 2007; S. 161-162).



So steht in Deutschland heute der Begriff „Diversität“ oft synonym für **Antidiskriminierungsmaßnahmen**, für die Bekämpfung von sozialer Ungleichheit und die Herstellung von gesellschaftlicher Gerechtigkeit.



Der **Diversity Ansatz** im europäischen und deutschen Kontext will die gesamte Vielfalt pluralistischer Gesellschaften in den Blick nehmen. Es handelt sich um ein normatives Konzept mit dem Ziel der Anerkennung und Wertschätzung aller Menschen unabhängig von ihrer sozialen, nationalen/ethnischen Herkunft, ihrem Geschlecht, sexuellen Orientierung, Religionszugehörigkeit oder Weltanschauung, Lebensalter, physischen oder psychischen Fähigkeiten oder anderen Merkmalen.

Der Diversity Ansatz ist handlungsorientiert ausgerichtet, um gesellschaftliche Benachteiligungen abzubauen und Gleichberechtigung herzustellen. Es wird eine ganzheitliche Perspektive vertreten mit dem Fokus auf die Verschiedenheiten aller Menschen (z.B. Geschlechtszugehörigkeit, Alter, Migrationshintergrund / ethnische Herkunft, Religionszugehörigkeit, sexuelle Identität,

Behinderung etc.. Nach dem Diversity Ansatz sind diese Zugehörigkeiten in gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebettet. Somit beeinflussen diese Zugehörigkeiten die Identität und den Einfluss eines Menschen in der Gesellschaft. Im Rahmen des Diversity Ansatzes werden häufig Strategien für Gleichstellung und gegen Diskriminierung in Verwaltungen und Organisationen entwickelt.

Vorstellungen von Gerechtigkeit, Chancengleichheit und Umverteilung von Ressourcen sind eng verwoben mit dem Diversity Ansatz. Dabei ist eine Erkenntnis zentral: Wenn Menschen sich durch unterschiedliche Eigenschaften und Voraussetzungen auszeichnen, kann eine Gesellschaft nicht gerecht sein, die Regeln zur Norm macht, die nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen von Vorteil sind.

Abbildung 1



Quelle: <http://www.philoskop.org/blog/2016/11/11/was-ist-gerecht>



e-tivity 1:

Betrachten Sie die Abbildung 1 und tauschen sich über folgende Fragen aus:

- a.) Welche Gedanken und Gefühle tauchen bei Ihnen auf, wenn Sie dieses Bild betrachten?
- b.) Fallen Ihnen Situationen aus Ihrem (beruflichen) Alltag ein, die zu diesem Bild passen?
- c.) Welche Gerechtigkeitsperspektiven sind notwendig, um mehr Chancengleichheit unter Menschen mit unterschiedlichen Grundvoraussetzungen herzustellen?

3.1.3 Verwandte Ansätze

Aus der US-Amerikanischen Bürgerrechtsbewegung der 1950er und 1960er gingen verschiedene Ansätze hervor, um die Rechte und Anerkennung von gesellschaftlichen Minderheiten zu stärken und gegen Rassismus und Diskriminierung aktiv zu werden. Zwei dieser Ansätze werden im Folgenden vorgestellt, die als Vorläufer des aktuellen Diversity Ansatzes zu betrachten sind. Zum Schluss wird auch noch auf aktuelle Diversity Trainings eingegangen.

In den 1950er Jahren wurden während der Bürgerrechtsbewegung Methodentrainings für Bürger_innen entwickelt, damit sie sich rassistischen Verhaltens und gesellschaftlicher Diskriminierungen bewusst werden und dagegen kämpfen. Daraus entwickelten sich **Antirassismus-Trainings**, die den Teilnehmenden verdeutlichen sollten, dass die Kategorie „Rasse“ ein von Menschen hergestelltes Produkt und somit ein Konstrukt ist. Somit konnten Auf- oder Abwertung von verschiedenen Menschengruppen aufgrund ihrer Hautfarbe und/oder nationalen bzw. ethnischen Herkunft problematisiert und kritisiert werden. Bestandteil dieser Trainings sind meist auch praktische Handlungsoptionen für Situationen, in denen sich Menschen rassistisch verhalten. In Deutschland verbreiteten sich Antirassismus-Trainings stärker zu Beginn der 1990er Jahre aufgrund der steigenden Zahl rassistischer Übergriffe. Heute fokussieren diese Trainings auf den Abbau rassistischer Vorurteile, auf Prävention von rassistischer Gewalt und auf die Überwindung struktureller Diskriminierungen von Menschen aufgrund ihrer ethnischen/nationalen Herkunft und/oder Hautfarbe (Gramelt, 2010).

Ein anderer wichtiger Ansatz nennt sich **Anti Bias**, der ebenfalls in den USA Anfang der 1980er Jahre von Louise Derman-Sparks und ihren Kolleginnen entwickelt wurde. Ihr Ziel war es, der Heterogenität in der US-amerikanischen Gesellschaft und speziell auch in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen gerechter zu werden.

„Bias“ bedeutet Voreingenommenheit oder Vorurteil. Derman-Sparks hatte als Kleinkindpädagogin erforscht, dass Kinder ab dem zweiten Lebensjahr zwischen Mann und Frau unterscheiden können und verschiedene Hautfarben wahrnehmen. Ab dem dritten Lebensjahr zeigen sie bereits Anzeichen dafür, dass sie durch gesellschaftliche

Normen und Vorurteile in Bezug auf Geschlecht und Hautfarbe beeinflusst werden. Der Anti Bias-Ansatz soll Kleinkinder darin unterstützen, dass sie Deutungsmuster von sich selbst und von ihrer Umwelt nicht unreflektiert übernehmen. Zum Ansatz gehört es auch, bei Kindern früh ein positives Selbstbild zu fördern. Der Anti Bias-Ansatz, der sich gegen jegliche Formen von Diskriminierungen richtet, wurde in Deutschland erst Ende der 1990er Jahre bekannt. Er wird hierzulande auch „Vorurteilsbewusste Bildung“ genannt und vor allem im pädagogischen Bereich und in der politischen Erwachsenenbildung angewendet (Pates et al., 2010, S. 98ff.).

Diversity-Trainings und Anti-diskriminierungstrainings, die heute sehr häufig in Deutschland angeboten werden, haben sich ab Ende der 1990er Jahre etabliert. Ihr Ziel ist die Sensibilisierung der Teilnehmenden für Diskriminierungen aufgrund der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Diversity-Dimensionen, wie Geschlecht, ethnischer/nationaler Herkunft, Hautfarbe, sexueller Orientierung, körperlicher und geistiger Eigenschaften. Sie fokussieren auf praktische Handlungsmöglichkeiten und Maßnahmen gegen Diskriminierung im Alltag und in Einrichtungen, Organisationen bzw. in staatlichen Strukturen wie Verwaltungen, Polizei etc.



Video „All that we share“

<https://www.youtube.com/watch?v=jD8tjhVO1Tc>

(Abspielzeit 03:00 min.)



e-tivity 2, optional:

Schauen Sie sich das Video an. Beantworten Sie bitte für sich schriftlich folgende Fragen dazu:

- a.) Welche Gefühle löst das Video bei Ihnen aus?
- b.) Gibt es einzelne Szenen, die Sie besonders beeindruckt oder irritiert haben?
- c.) Wären Sie bereit, bei dieser Art von Übung mitzumachen?

Die Beantwortung dieser Fragen ist nur für Sie selbst bestimmt. Schicken Sie gerne Ihre Ergebnisse an die Dozentin; diese geht vertraulich mit Ihren Antworten um und bewertet/benotet sie nicht.

3.2 Diversity Dimensionen

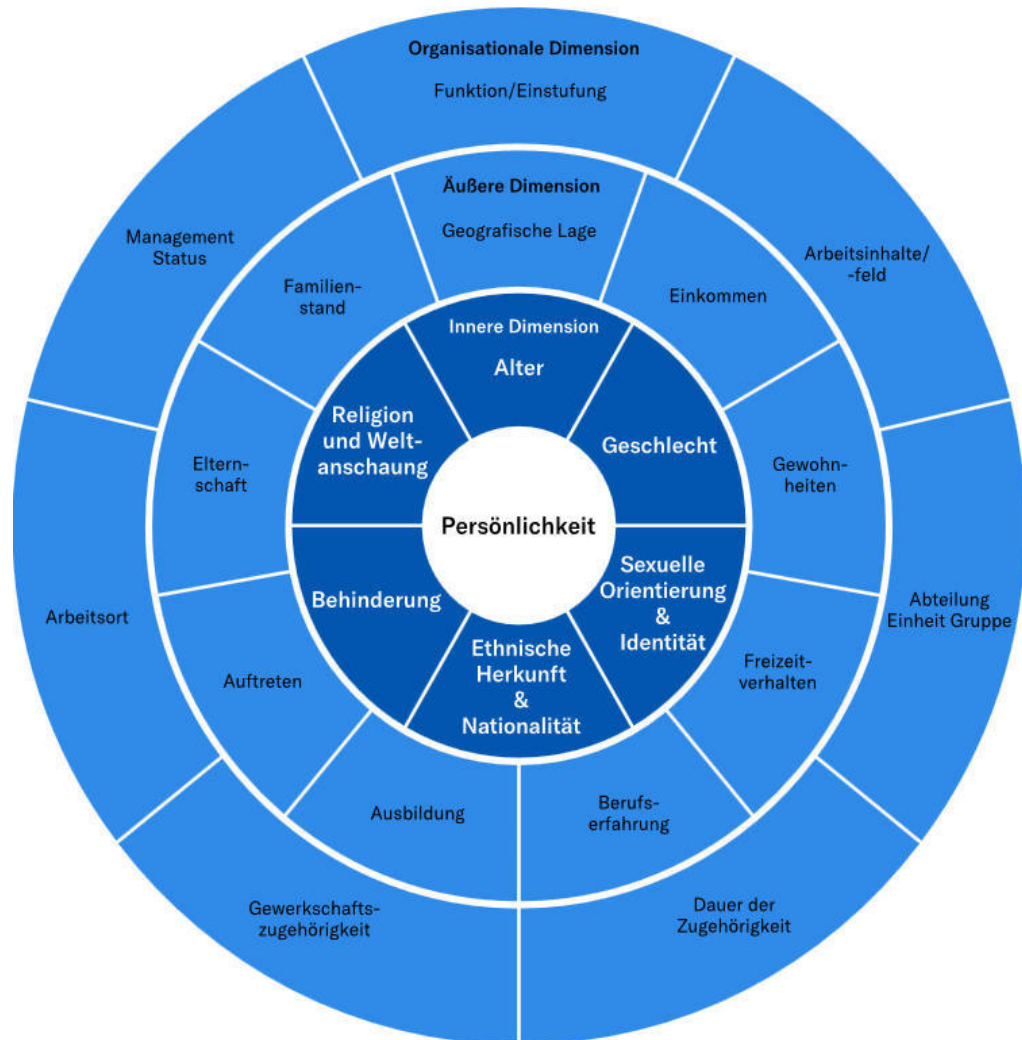
3.2.1 Diversität-Dimensionen

Diversitätsdimensionen wie Geschlecht, ethnische/nationale Herkunft bzw. Migrationshintergrund, Religionszugehörigkeit, Behinderung oder sexuelle Orientierung/Identität benennen Merkmale, durch die Menschen sich voneinander unterscheiden oder sich ähneln können und wegen denen sie häufig Benachteiligungen bzw. Diskriminierungen erleben. Es gibt unterschiedliche Darstellungen von Diversity-Dimensionen. Das vierstufige Modell der „Charta der Vielfalt“ ist besonders differenziert, siehe Abbildung 2.

In der ersten Stufe im Zentrum von Abbildung 2 sieht man die Persönlichkeit, um die sich in einer zweiten Stufe die Dimensionen gruppieren, die man kaum oder gar nicht durch eigenes Zutun verändern kann („Innere Dimension“). Dazu zählen Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung/Identität, ethnische/nationale Herkunft (Migrationshintergrund), Behinderung und Religion bzw. Weltanschauung. Hautfarbe taucht in diesem Modell als eigene Diversitätsdimension nicht auf, könnte jedoch am ehesten ethnischer/nationaler Herkunft bzw. Migrationshintergrund zugeordnet werden, wobei „Migrationshintergrund“ dann auch im Sinn von ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund der Eltern bzw. Großeltern verstanden werden sollte. In der „inneren Dimension“ könnte man noch soziale Herkunft einfügen, also die gesellschaftliche Schicht, in der man aufgewachsen ist.

Auf der dritten Ebene der „äußeren Dimension“ befinden sich Eigenschaften eines Menschen, die als eher veränderbar gelten, wie geografische Lage, Einkommen, Ausbildung, Berufserfahrung, Familienstand, Elternschaft, Gewohnheiten etc. Wobei man kritischer Weise anmerken muss, dass sich die soziale Herkunft in Deutschland stark auf den Zugang zu Bildung, Ausbildung, Berufswahl und Einkommen auswirken kann. So können die inneren und äußeren Dimensionen von Vielfalt nicht unabhängig voneinander betrachtet werden und nicht immer sind die äußeren Dimensionen leichter änderbar als die inneren. Die vierte Ebene ist aus der Perspektive von Wirtschaftsunternehmen entwickelt worden und stellen dar, welchen unterschiedlichen Status einzelne Mitarbeiter_innen in einer Organisation haben können.

Abbildung 2: Diversity Dimensionen



Quelle: Diversity Dimensionen; Abbildung frei nach Gardenswartz und Rowe: „4 Layers of Diversity“; <https://www.charita-der-vielfalt.de/diversity-verstehen/diversity-dimensionen/>

Im Diversity Ansatz geht es primär um die Verhinderung von Diskriminierung aufgrund von Eigenschaften in der **inneren Dimension**. Aber auch Eigenschaften der äußeren Dimension werden oft mitbedacht. Häufig werden in Diversity Programmen einzelne Dimensionen in den Vordergrund gestellt, z.B. Familienfreundlichkeit, Unterstützung von Alleinerziehenden oder ethnische Herkunft/Nationalität (wie Programme zu interkultureller Kompetenz). Zu einigen Vielfaltsdimensionen werden bereits Instrumente genutzt, z.B. in Bezug auf Geschlecht das „Gender Mainstreaming“ oder bezüglich ethnischer Herkunft / Migrationshintergrund die „Interkulturelle Öffnung“ (siehe Kap. 3.8).

3.2.2 Diskriminierung und verschiedene Diskriminierungsformen



Der Begriff „Diskriminierung“ stammt vom lateinischen Verb *discriminare* (trennen, unterscheiden, absondern). Im deutschen Sprachgebrauch hat das Verb „diskriminieren“ drei Bedeutungen: 1) jemanden und etwas herabwürdigen, 2.) benachteiligen, zurücksetzen, und 3.) unterscheiden, eine Unterscheidung vornehmen zwischen mehreren Dingen. Vor dem 20. Jahrhundert war die dritte, wertneutrale Bedeutung („unterscheiden“) geläufiger, heute dominieren die beiden ersten, negativen Bedeutungen.

Im Kontext des Diversity-Ansatzes steht Diskriminierung im Vordergrund, die aufgrund von realer oder von außen zugeschriebener Religionszugehörigkeit, Alter, sexueller Orientierung/Identität, Migrationshintergrund/ethnische Herkunft, Hautfarbe, Behinderung oder Geschlechtszugehörigkeit stattfindet.

Diskriminierungen können durch explizite, beleidigende Äußerungen, physische Gewalt und (sexuelle) Belästigung geschehen, aber auch durch subtiles verbales oder nonverbales Verhalten, durch Vorenthalten von Informationen oder Wissen, durch Ungleichbehandlungen aufgrund von Vorurteilen oder Ignoranz spezifischer Bedürfnisse von Individuen oder Gruppen, wodurch eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe verhindert wird (z.B. keine Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer_innen).

Diskriminierung umfasst Benachteiligungen, Ungleichbehandlungen sowie Herabwürdigungen von Individuen oder Gruppen. Benachteiligungen sind meist mit einer Einschränkung der Teilnahme am öffentlichen Leben verbunden, z.B. in den Bereichen Bildung, Arbeit und Gesundheit. Dabei ist unmittelbare von mittelbarer Diskriminierung zu unterscheiden. In der unmittelbaren Diskriminierung erfahren Individuen oder Gruppen eine weniger günstige Behandlung als andere in einer vergleichbaren Situation (Frings, 2011). Bei mittelbarer Diskriminierung führen scheinbar neutrale Regelungen oder Kriterien zu einer Benachteiligung von bestimmten Personen oder Gruppen (ebda); vergleiche hierzu nochmals Abbildung 1 in Kap. 3.1.

Zu den bereits genannten Diversity Dimensionen bestehen verschiedene gesellschaftliche Diskriminierungsformen:

Tabelle 1

Diversity Dimension/ Kategorie	Diskriminierungsform
<i>Geschlecht</i>	Sexismus, Frauenfeindlichkeit
<i>Sexuelle Orientierung & Identität</i>	Homophobie, Transphobie, Heterosexismus
<i>Ethnische/nationale Herkunft (Migrationshintergrund); Hautfarbe</i>	Rassismus, Xenophobie, Antiziganismus, Antisemitismus
<i>Behinderung</i>	Ableism (Ableismus) ¹ , Behinder- tenfeindlichkeit
<i>Religion und Weltanschauung</i>	Islamophobie, Antisemitismus
<i>Alter</i>	Altersdiskriminierung
<i>Soziale Herkunft</i>	Klassismus



Mehr Informationen zu den Diskriminierungsformen finden Sie unter <http://www.aktiv-gegen-diskriminierung.info/diskriminierungsformen>



e-tivity 3:

Bitte führen Sie in Einzelarbeit die Übung „Powerflower“ durch. Lesen Sie dazu die detaillierte Übungsbeschreibung auf der Lernplattform durch und arbeiten Sie mit dem Arbeitsblatt.

¹ Der Begriff „Ableismus“ stammt vom englischen Verb „to be able“ = fähig sein. Beim Ableismus gehen Menschen von einem physischen und psychischen „Normalstandard“ des Menschen aus, den Personen mit Behinderung nicht erfüllen. Aufgrund ihrer Behinderung werden sie als „unfähig“ und minderwertig betrachtet. Im Nationalsozialismus wurden aufgrund einer solchen behindertenfeindlicher Ideologie Menschen mit Behinderung gar als „unwertes Leben“ bezeichnet und ermordet.

3.2.3 Kritische Perspektiven

Kritische Betrachtungen des Diversity Ansatzes sollen hier nicht unerwähnt bleiben. Von manchen Kritiker_innen aus dem Feld der Postkolonialen Theorie² wird kritisiert, dass der Diversity Ansatz nicht kritisch genug mit der Verteilung von Macht in der Gesellschaft umgeht und in seiner Beschränkung auf nationale Kontexte globale Ausbeutungsstrukturen ausblendet (Castro Varela, 2010; Ahmed, 2007).

Andere Positionen kritisieren die undifferenzierte Aneinanderreihung von Diversity Dimensionen, so als ob alle auf der gleichen Ebene wirken würden und miteinander vergleichbar seien (z.B. Rosenstreich, 2007). Auch wird kritisiert, dass Wechselwirkungen zwischen den Dimensionen bzw. Mehrfachdiskriminierung zu wenig Beachtung finden, beispielsweise zwischen Geschlecht, Alter und Behinderung (siehe Kap. 3.6 zu Intersektionalität).



Oft wird kritisch gefragt, aus welcher Perspektive die oben dargestellten Vielfaltsdimensionen definiert und benannt werden. Hofmann (2012) schreibt dazu:

Konstitutiv für die in einer Gesellschaft vorherrschenden (...) Diversitätsverhältnisse ist die Herstellung (...) von dichotomen, also gegensätzlichen Begrifflichkeiten (z.B. Frau/Mann, jung/alt, behindert/nicht behindert, heterosexuell/homosexuell), mit deren Hilfe Wertigkeiten, soziale Legitimation, aber vor allem auch Eindeutigkeit hergestellt wird. So wird im sozialen Kontakt eine Person zumeist als entweder „Frau“ oder „Mann“ angesprochen (...) und selbstverständlich davon ausgegangen, dass das Gegenüber heterosexuell ist (...) (Hofmann, 2012, S. 23-24).

Hofmann erkennt darin dominante gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen, durch die „(...) nicht nur andere Existenzmöglichkeiten (in die-

² Postkoloniale Theorie ist ein Forschungsfeld mit verschiedenen theoretischen Zugängen. Es setzt sich kritisch auseinander mit historischen und gegenwärtigen Machtverhältnissen, die mit dem europäischen Kolonialismus verbunden sind.

sen Fällen z.B. weder Frau noch Mann, sondern Transgender (...)) ausgeblendet, sondern auch hierarchisierende Bewertungen gesetzt [werden].“ (2012, S. 24).



Hofmann (2012) und Castro Varela (2010) weisen darauf hin, dass Akteure mit hoher gesellschaftlicher Macht (z.B. heterosexuelle männliche Vertreter der Mittelschicht) definieren, was der Norm entspricht und was davon abweicht, also „anders“ ist. Mecheril (2007) beklagt, dass durch den Diversity Ansatz Menschen auf „(...) Identitätspositionen festgelegt oder gar in einer eher inferioren Position bestätigt [werden] (...)“. Das heißt, dass bestimmte Identitätsmerkmale Menschen zugeschrieben und als minderwertig bewertet werden. Ähnlich sieht Hofmann (2012, S. 31) die Gefahr, dass die Differenz-Kategorien aus dem Diversity Ansatz unkritisch bestimmte Gruppen als die „Anderen“, die „Abweichenden“ abstempeln, wenn auch als schützenswerte Gruppen. Dies könne zur Aufrechterhaltung einer unhinterfragten Norm führen und zur Stereotypisierung und Exotisierung von bestimmten Gruppen, die dann „Diversität quasi verkörpern“ (ebda). Kategorisierungen könnten also dazu führen, dass „(...) Diversität lediglich als Attribut von Minoritäten/nicht-dominanten Gruppen [aufgefasst wird]. Diese werden dann als durch die Gruppenzuordnung („die anderen“) markiert, wobei die Majorität/dominante Gruppe („wir“) als normsetzend unmarkiert bleibt.“ (Hofmann, 2012, S. 32).



„Markieren“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die dominante Gruppe auf Minderheiten zeigt und diese in einer bestimmten Weise definiert und stereotypisiert. Sie selbst thematisiert und reflektiert die dominante Gruppe in ihrer Praxis nicht, sie bleibt also „unmarkiert“.

In Hinblick auf soziale Kategorien, auf die sich der Diversity Ansatz bezieht, lässt sich jedoch auch argumentieren, dass Kategorien helfen können, gesellschaftliche Komplexität zu reduzieren und dadurch strukturelle (staatliche und institutionelle) Schiefen in der Behandlung von Menschen zu erkennen, zu beschreiben und zu korrigieren (z.B. durch Antidiskriminierungsmaßnahmen). McCall (2005) betont, dass nicht die Diversity-Dimensionen selbst im Vordergrund stehen sollten sondern die Bedürfnislagen von Menschen.



e-tivity 4:

1.) Lesen Sie den Text von Mecheril (2007) durch:

<https://heimatkunde.boell.de/2007/01/18/diversity-die-macht-des-einbezugs>

Was denken Sie über die Kritikpunkte von Mecheril und die anderen Positionen auf den vorigen Seiten im Studienhandbuch?

2.) Schreiben Sie Ihre Meinung dazu auf (mind. 1500 Zeichen inkl. Leerzeichen). Laden Sie Ihre Meinung im vorgesehenen Forum hoch.

3.) Geben Sie mindestens 2 Feedbacks an Mitstudierende.



Empfehlung zur weiteren Vertiefung des Themas:

Video „The danger of a single story“ von Chimamanda Adichie (TED Talks) zur Gefahr von Stereotypisierung, Vorurteilen, und Rassismus (Abspielzeit: 18:49 min.) (Engl. mit deutschen Untertiteln)

https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=de

3.3 Migration und Gesundheit

Dieses Kapitel befasst sich mit gesundheitlichen Aspekten zu den Diversity-Kategorien „ethnische/nationale Herkunft“, bzw. „Migrationshintergrund“.

3.3.1 Definitionen und demografische Aspekte

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene gesellschaftliche Gruppe, die kontinuierlich wächst. Laut Mikrozensus lebten im Jahr 2017 rund 19,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, was einem Bevölkerungsanteil von 23,6% entspricht (Statistisches Bundesamt/DESTATIS, 2018).



Der Begriff „**Migration**“ geht auf das lateinische Verb *migrare* (wandern, auswandern, wegziehen, übersiedeln) zurück.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) definiert Migration folgendermaßen: „Von Migration spricht man, wenn eine Person ih-

ren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht.“ (BAMF, 2006, S. 12)

Migration kann auch innerhalb eines Landes oder einer Stadt stattfinden, dann wird von „Binnenmigration“ gesprochen.

Migration ist weltweit kein neues Phänomen, sondern fand in der Menschheitsgeschichte immer schon statt. Lediglich die Migrationsrouten, Migrations- und Fluchtgründe sowie die Anzahl von Migrant_innen ändern sich. Auch Deutschland war immer schon von menschlichen Wanderbewegungen geprägt. Im 19. Jahrhundert war es eher ein Auswanderungsland mit rund 5,5 Mio. Deutschen, die nach Nordamerika migrierten. Wegen des Wirtschaftswunders in der BRD nach dem zweiten Weltkrieg wurden gezielt Arbeitskräfte („Gastarbeiter_innen“) aus dem Ausland angeworben. 1955 wurde der erste Anwerbevertrag mit Italien unterschrieben, 1960 mit Spanien und Griechenland, 1961 mit der Türkei. Seit dem Jahr 2000 bestätigt die deutsche Regierung durch neue Regelungen zur erleichterten Einbürgerung und durch ein Zuwanderungsgesetz, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist (Oltmer & Barbian, 2016).



Schauen Sie zur Vertiefung das Video „Migration Weltweit“ der Bundeszentrale für politische Bildung an, das weltweite Migrationsströme und die Rolle von darin Deutschland zeigt (Stand 2015) (Abspielzeit 03:20 min.) <https://www.youtube.com/watch?v=OkhIRhLsoks>

Das Statistische Bundesamt definiert **Menschen mit Migrationshintergrund** folgendermaßen: „Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.“ (Statistisches Bundesamt, 2017). Diese Definition umfasst folgende Personengruppen:

1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer (ohne deutsche Staatszugehörigkeit);
2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte (also mit deutscher Staatszugehörigkeit);
3. (Spät-)Aussiedler (Nachkommen deutscher Auswanderer aus verschiedenen Ländern Osteuropas / der ehem. Sowjetunion);
4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen (Statistisches Bundesamt, 2017).

Rund zwei Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund sind selbst eingewandert, ein Drittel ist in Deutschland geboren (68,4 % bzw. 31,6

%). Etwas mehr als die Hälfte aller Menschen mit Migrationshintergrund haben den deutschen Pass (51,1 %). Im Jahr 2017 hatten 39,1 % aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018).

Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ umfasst also sehr unterschiedliche Personengruppen (z.B. Menschen mit und ohne deutschen Pass, Arbeitsmigrant_innen, Spätaussiedler_innen, Asylbewerber_innen) sowie mehrere Einwanderergenerationen. Die Bezeichnung „Ausländer“ gilt in der Alltagssprache nicht mehr als politisch korrekt, weil sie die exkludierende Bedeutung „Du kommst von außen, du gehörst nicht zu uns“ in sich trägt. Das Statistische Bundesamt benutzt den Begriff „Ausländer“ jedoch weiterhin im Sinn des Ausländerrechts für Personen, die keine deutsche Staatsbürgerschaft haben.

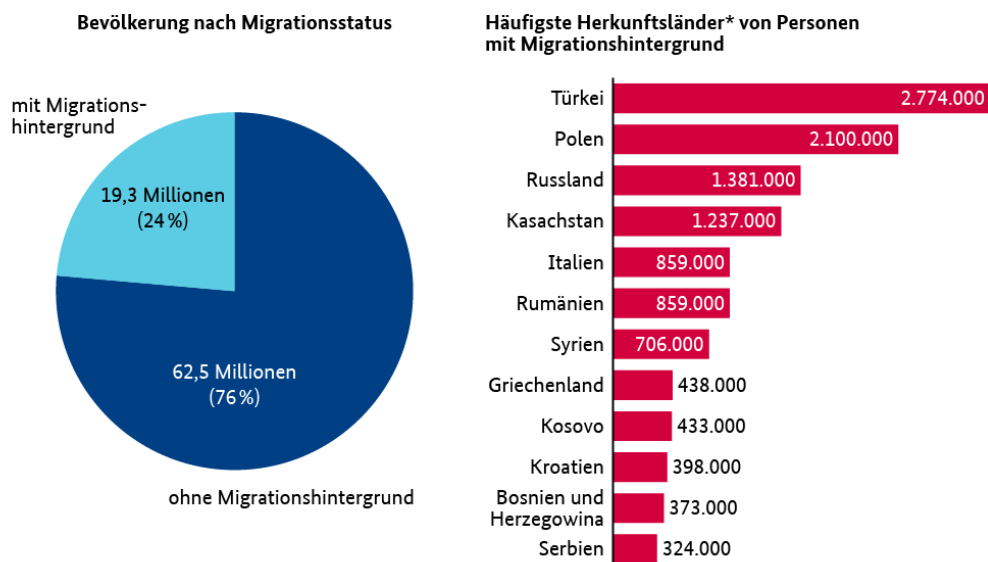
Aktuell ist die Migration nach Deutschland geprägt durch Arbeitsmigration von qualifizierten und unqualifizierten Menschen, durch irreguläre Migration aus verschiedensten Ländern der Welt, Ost-West-Migration in der Europäischen Union, durch Familienzusammenführungen sowie durch Flucht aus Kriegs- und Krisenregionen.

Die Herkunftsländer mit den meisten Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind die Türkei, Polen, Russland, Kasachstan, Italien, Rumänien und Syrien (siehe Abbildung 3).

Im weiteren Verlauf des Textes wird für „Migrationshintergrund“ die Abkürzung **Mh.** verwendet.

Abbildung 3: Bevölkerung in Deutschland nach Migrationsstatus und Herkunftsland (Stand 2017)

Bevölkerung in Deutschland nach Migrationsstatus und Herkunftsland, 2017



* nach derzeitiger bzw. früherer Staatsangehörigkeit oder Herkunftsland mindestens eines Elternteils
Datenquelle: Statistisches Bundesamt

© BiB 2018 / demografie-portal.de

Quelle: Demografie Portal des Bundes und der Länder

https://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_Migrationshintergrund.html

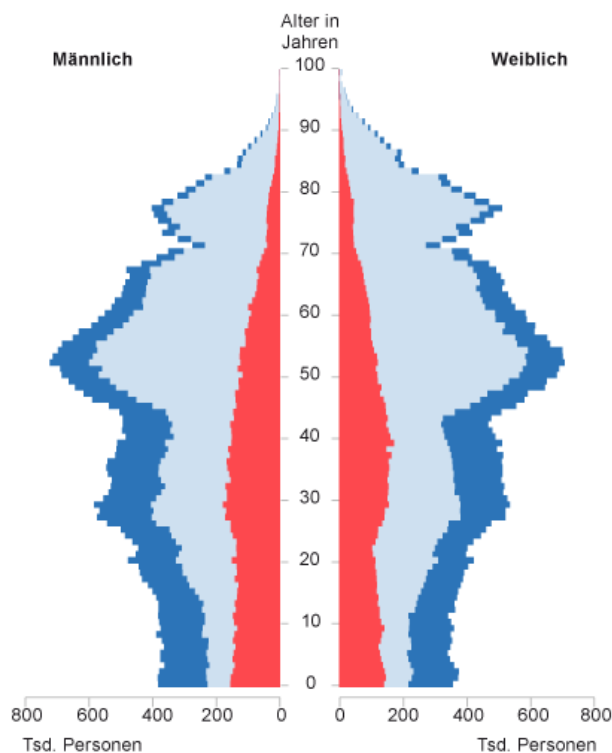
Die Gruppe von Menschen mit Mh. ist jedoch nicht nur extrem heterogen in Bezug auf Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsrechtlichen Status, Herkunftsländer, ethnische, kulturelle und religiöse Hintergründe, Migrations- und Fluchtgründe, Einwanderungsgenerationen, Aufenthaltsdauer in Deutschland und Sprachkenntnisse, sondern auch hinsichtlich ihres Sozialstatus (Bildungsgrad, sozioökonomische Situation etc.) und Altersdurchschnitts. Der Großteil der Menschen mit Mh. ist deutlich jünger als die Bevölkerung ohne Mh.. Kinder und Jugendliche sowie die Altersgruppen 20-49 Jahre sind stärker vertreten (Razum et al., 2008) (siehe Abbildung 4). Doch auch die Zahl älterer Menschen mit Mh. steigt: Während 1970 nur 1,9% von ihnen 60 Jahre oder älter waren, lag 2011 der Anteil schon bei 10,1%. Es wird prognostiziert, dass die aktuell ca. 1,4 Mio. über 65-Jährigen mit Mh. im 2030 auf 2,8 Mio. ansteigen werden (Teczan-Güntekin & Breckenkamp, 2017).

Abbildung 4: Bevölkerung in Privathaushalten nach Geschlecht, Migrationsstatus und Alter (Stand 2017)

Bevölkerung in Privathaushalten nach Geschlecht, Migrationsstatus u. Alter 2017

Ergebnisse des Mikrozensus in Tsd.

- Bevölkerung insgesamt
- Personen ohne Migrationshintergrund
- Personen mit Migrationshintergrund



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018;

https://www.google.com/search?q=Altersstruktur+menschen+mit+Migrationshintergrund&client=firefox-b-ab&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjS4NectYvfAhWP66QKHZNCCY0Q_AUIDygC&biw=1669&bih=909#imgrc=aoo99HjAhzCpjM

Entsprechend dieser Heterogenität stellen sich auch die gesundheitliche Situation, gesundheitlichen Ressourcen und Gesundheitsprobleme von Menschen mit Mh. sehr verschiedenartig dar.

3.3.2 Datenlage, Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund

Die Datenlage zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Menschen mit Mh. ist bisher unbefriedigend und erlaubt kein kohärentes und differenziertes Bild (Schenk, 2016; Borde & Blümel, 2018). Oft fehlen beispielsweise Informationen zum Sozialstatus, den Herkunft-

ländern oder den Altersgruppen. Häufig wird nur der Status als „Ausländer_in“ über eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit erfasst, sodass eingebürgerte Personen mit Mh. oder (Spät)aussiedler_innen in der Gesundheitsberichterstattung und in Studien nicht berücksichtigt werden.

Die mangelhafte Datenlage hängt unter anderem damit zusammen, dass die bisherigen Fragestellungen und Befragungsinstrumente Menschen mit Mh. im Datensatz kaum identifizieren konnten, und dass durch fehlende einheitliche, begriffliche Beschreibung die Vergleichbarkeit verschiedener Datenquellen nicht gegeben ist (Schenk, 2016). Auch wurden Menschen mit Mh. aufgrund von Sprachhürden und einer geringeren Erreichbarkeit von Studien oft ausgeschlossen.

Der Schwerpunktbericht Migration und Gesundheit des Robert Koch Instituts von 2008 (Razum et al. 2008a) hat versucht, einige Lücken in der Gesundheitsberichterstattung zu schließen. Doch in diesen Bericht sind auch Sekundäranalysen von Daten eingeflossen, die nicht primär für gesundheitsrelevante Fragestellungen erhoben wurden (Schenk, 2016; Borde & Blümel, 2018).

Inzwischen hat sich das Robert Koch Institut mit dem Projekt IMIRA (Laufzeit 2016-2019) das Ziel gesetzt, die Einbindung von Menschen mit Mh. in das Gesundheitsmonitoring zu verbessern und arbeitet ein Konzept der Gesundheitsberichterstattung in Bezug auf Menschen mit Mh. aus. (Siehe:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_tab.html)

Trotz mangelhafter Datenlage gibt es einige Erkenntnisse zum Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten von Menschen mit Mh., von denen hier nun einige vorgestellt werden.

Häufig wird in Bezug auf den Gesundheitsstatus von Menschen mit Mh. der sogenannte **healthy migrant effect** erwähnt. Es besteht keine einheitliche Meinung über die Wirkungen des **healthy migrant effect**, doch als ein Faktor unter anderen sollte er hier erwähnt werden. Dabei geht es um Selektionsprozesse unter den Migrierenden, bei denen vorwiegend besonders gesunde und leistungsfähige junge Menschen als „Gastarbeiter“ ab den 1950er Jahren nach Deutschland kamen (Arbeitsmigration). Statistiken deuten darauf hin, dass ihre Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate deutlich niedriger als die von gleichaltrigen Menschen ohne Mh. in Deutschland war. Allerdings wurde auch festgestellt, dass sich mit zunehmender Verweildauer im Zielland der Gesundheits-



zustand dem der einheimischen Bevölkerung angleicht, auch durch die sozioökonomische Benachteiligung unter Migrant_innen. Durch Familiennachzug und Flucht aus Krisenregionen migrieren zunehmend auch weniger gesunde und ältere Menschen, wodurch der **healthy migrant effect** abgeschwächt wird. Untersuchungen deuten auch darauf hin, dass sich die zweite und dritte Einwanderergeneration an den Lebensstil in Deutschland anpasst und sich ihr Gesundheitszustand dem der Bevölkerung ohne Mh. angleicht (Kohls, 2008; Razum et al., 2008a).

Insgesamt haben Menschen mit Mh. in Deutschland ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko im Vergleich zur Bevölkerung ohne Mh. zu tragen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration [BBMFI], 2016). Razum et al. (2008a) konstatieren, dass sie größeren Gesundheitsrisiken gegenüber stehen: „(...) [Sie] haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos, oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer Faktoren.“ (2008a, S. 129).

Zwei Gruppen zeichnen sich durch eine besondere Vulnerabilität aus: Asylsuchende haben eine eingeschränkte Berechtigung zu Gesundheitsleistungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz, und irreguläre Migrant_innen (Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere) haben noch weniger Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung.

Im Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ von 2008 kommen Razum et al. zu dem Ergebnis, dass das Spektrum an Krankheiten und gesundheitlichen Belastungen bei Personen mit Mh. dem von Menschen ohne Mh. weitgehend ähnelt, aber dass es Unterschiede in der Häufigkeit gibt (vergl. Razum et al., 2008b).

Abhängig von Arbeits- und Lebensbedingungen und vom Alter können Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Atemwegserkrankungen häufiger vorkommen als in der Bevölkerung ohne Mh.. Aufgrund körperlich riskanterer Beschäftigungsbedingungen haben etwa Männer mit türkischer Staatsbürgerschaft rund 1,5 Mal häufiger Arbeitsunfälle als Männer mit deutscher Staatsbürgerschaft (Razum et al., 2008a).

Befragungen von Menschen über 55 Jahre mit nicht-deutscher und deutscher Staatsangehörigkeit zeigten bei der ausländischen Gruppe deutlich häufiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma, Diabetes, Mo-



bilitätsbeeinträchtigungen und Erkrankungen der Atemwege. Bei älteren türkeistämmigen Migrant_innen wurde eine niedrigere Lebenszufriedenheit festgestellt; sie fühlten sich öfter einsam und sozial nicht integriert (Razum et al., 2008a).

Die Inzidenz von übertragbaren Erkrankungen ist erhöht, so kommt Tuberkulose bei Menschen mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft 6,5-mal häufiger vor als bei Personen mit deutschem Pass (Brodhun et al., 2013, in Schenk, 2016). Die Infektionen treten in deutlich jüngerem Alter auf und spiegeln laut Razum et al. (2008a) die epidemiologische Situation im Herkunftsland zum Zeitpunkt der Einwanderung.

In Bezug auf die Sterblichkeit von Müttern berichten Razum et al. (2008b), dass Mitte der 1990er Jahre die Sterblichkeitsrate mit Mh. 1,5 Mal höher war als bei Müttern ohne Mh.. Inzwischen haben sich die Sterblichkeitswerte von Müttern mit und ohne Mh. angeglichen, bei einer insgesamt rückläufigen Tendenz (Razum et al., 2008b). In Bezug auf die perinatale Gesundheit von Frauen mit Mh. zeigen Studien von Borde & David et al. (2014) und Brenne, David, Borde, Breckenkamp & Razum (2015), dass in den 1970er und 1980er Jahren Frauen mit Mh. die ärztliche Schwangerenvorsorge seltener nutzten, mehr Frühgeburten hatten, unter höheren Anämieraten litten und bei ihnen mehr Kaiserschnitte durchgeführt wurden. Im Gegensatz dazu nutzen heute Frauen mit Mh. genauso häufig die Schwangerenvorsorge, die Frühgeburtenrate ist vergleichbar mit jener bei Frauen ohne Mh. und die Zahl der Kaiserschnitte ging zurück. Hier lässt sich vermuten, dass unter anderem eine bessere Aufklärung und ein besseres Erreichen der Zielgruppen eine Rolle spielt.

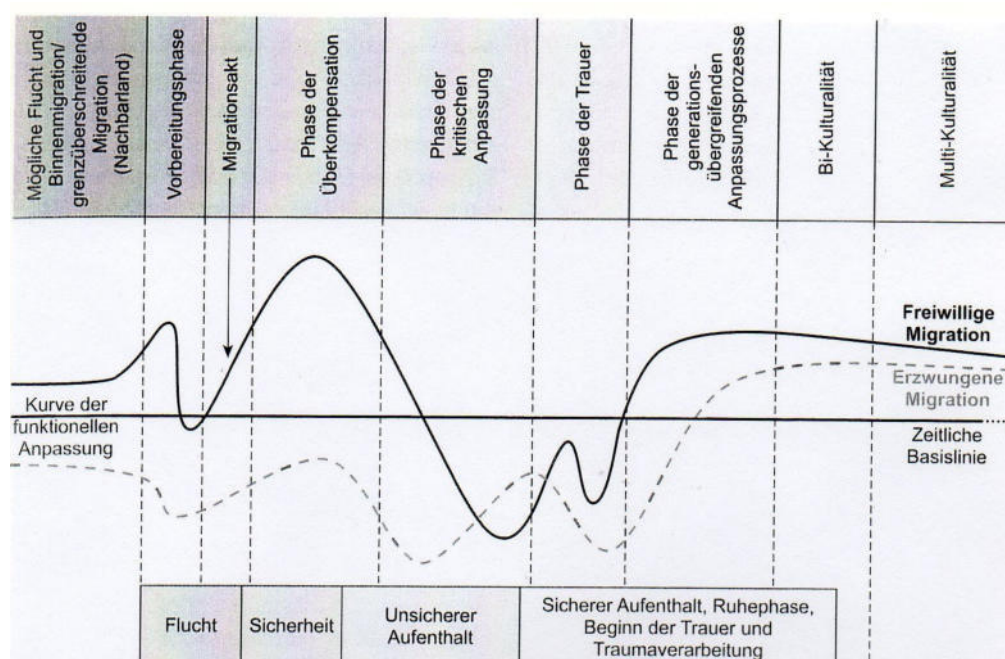
Kinder und Jugendliche mit Mh. erkranken signifikant seltener an Neurodermitis, Heuschnupfen und Allergien. Dagegen ist das Mundgesundheitsverhalten ungünstiger und es sind geringere Impfquoten feststellbar. Auch kommen seltene erbliche Stoffwechselerkrankungen häufiger vor (Razum et al., 2008a). Schenk (2016) stellt fest, dass sich das Mundgesundheitsverhalten jenem von Kindern und Jugendlichen ohne Mh. in der zweiten und dritten Einwanderergeneration annähert. Übergewicht tritt bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Mh. der Eltern deutlich häufiger auf im Vergleich zu jenen ohne Mh., während es keine deutlichen Unterschiede diesbezüglich bei Kindern und Jugendlichen mit nur einem Elternteil mit Mh. gibt (Schenk et al., 2008).

3.3.3 Psychologische Phasen bei Migration und Flucht

In ein anderes Land zu migrieren, stellt für viele Menschen oft ein großes Lebensereignis dar. Die eigenen Lebenschancen können durch Migration verbessert und der eigene Erfahrungshorizont erheblich erweitert werden. Migration verlangt aber auch große Anpassungsleistungen von den Migrierenden ab und kann zu psychischen und somatischen Belastungen führen (Kizilhan, 2011; Machleidt & Heinz, 2011).

Hier wird ein Modell vorgestellt, das psychologische Phasen im Migrations- und Fluchtprozess darstellt. Es basiert auf dem Kurvenmodell des Psychiaters und Psychoanalytikers Carlos Sluzki (2010) und wurde von dem Psychologen Ilhan Kizilhan (2011) erweitert.

Abbildung 5: Phasen der Migration



Quelle: Kizilhan (2011)

In dem Kurvendigramm (Abbildung 5) sieht man mehrere Abschnitte, die typische Phasen in einem Migrations- oder Fluchtprozess darstellen. Die Stärke von Kizilhans Modell liegt darin, dass er eine Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration (Flucht) macht.

Unter freiwilliger Migration versteht er beispielsweise die Arbeitsmigration der sogenannten „Gastarbeiter_innen“, die ab den 1950er Jahren nach Deutschland kamen; unfreiwillige Migration bezieht er anderer-

seits auf Flucht aus Kriegs- und Konfliktregionen. (Insgesamt sollte jedoch von einem eher fließenden Kontinuum zwischen „freiwilliger“ und „unfreiwilliger“ Migration ausgegangen werden, denn die Freiwilligkeit einer Migration ist oft relativ, wenn man z.B. an sogenannte Wirtschafts- und Umweltflüchtlinge aus afrikanischen Ländern denkt, die vor Umweltkatastrophen und extremer Armut fliehen).

In Kizihans Modell zeigt die schwarze Kurve den Grad der funktionellen Anpassung von Menschen, die freiwillig migrieren. Die gestrichelte Kurve stellt den Phasenverlauf für Menschen dar, die unfreiwillig migrieren (Flucht). Unter „funktioneller Anpassung“ kann die individuelle Anpassungsfähigkeit an die Herausforderungen und Veränderungen im eigenen Leben während des Migrationsprozesses verstanden werden, mit denen sich Migrant_innen konfrontiert sehen. Es geht hier um die Fähigkeit, individuelle Ressourcen in der Gestaltung der neuen Lebensbedingungen zu mobilisieren und Bewältigungsmechanismen einzusetzen.

Abhängig von den Gründen für die Migration haben Migrant_innen unterschiedliche Erwartungen und individuelle Ressourcen, und „(...) der Grad der Freiwilligkeit einer Migration spielt beim erlebten akkulturativen Stress eine bedeutende Rolle.“ (Kizilhan, 2011, S. 56). **Akkulturationsstress** beschreibt psychische Stressreaktionen, die entstehen, wenn Migrant_innen in eine fremd erscheinende neue Gesellschaft im Aufnahmeland bzw. Zielland kommen. Sie bewegen sich dann oft in der neuen Gesellschaft wie „kulturfremde Novizen“, sind von sozialem Abstieg bedroht, und häufig in einer prekären sozioökonomischen und aufenthaltsrechtlichen Lage (Sieben & Straub, 2011, S. 47).

Die Dauer der Phasenabschnitte im Kurvenmodell ist individuell unterschiedlich und hängt von den Ressourcen des Individuums, den jeweiligen Begleitumständen der Migration und den vorgefundenen Bedingungen im Aufnahmeland ab. An dieser Stelle ist anzumerken, dass das Kurvenmodell manchmal dafür kritisiert wird, nicht evidenzbasiert zu sein, d.h. nicht auf empirisch zusammengetragenen und bewerteten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu beruhen. Daher weise ich hier ausdrücklich darauf hin, dass die Phasen nicht notwendigerweise von *jedem* Individuum durchlaufen werden. In meiner eigenen beruflichen Erfahrung haben sich jedoch die meisten Menschen, die selbst nach Deutschland migriert sind, in dem Modell wiedergefunden. Manche berichteten auch davon, dass sie immer mal wieder in die Phase kritischer Anpassung zurückfallen, insbesondere wenn sie mit Diskriminierung oder Rassismus konfrontiert werden. In der kritischen Anpassungspha-

se kommt es häufig zu kulturschockartigen Reaktionen. Manche kritisieren, dass dadurch kulturelle Differenzen zu sehr in den Vordergrund treten und die politischen bzw. sozioökonomischen Bedingungen des Aufnahmelandes oder das Verhalten von Mitgliedern der Ausnahmegesellschaft (Stichwort Willkommenskultur) ausgeblendet werden (vergl. Bukow 1996; Spindler 2006).

Meines Erachtens jedoch gibt das Kurvenmodell, wenn es nicht einseitig nur aus Kultur ausgerichtet ist und pauschal auf alle Migrant_innen übertragen wird, einen guten Eindruck von wichtigen Herausforderungen der Migration und Anpassungsleistungen an die Aufnahmegesellschaft.

Die erste Phase des Kurvenmodells benennt mögliche Belastungen, die bereits im Herkunftsland auftraten wie Bürgerkriege, Wirtschafts- oder Umweltkrisen und ggf. auch bereits zu einer Binnenmigration im eigenen Land oder zu einer grenzüberschreitenden Migration in ein Nachbarland geführt hatten. Die sich anschließende **Vorbereitungsphase auf die Migration** kann aus dem Einholen von Informationen über das Leben und Arbeitschancen im Zielland bestehen, einem vorbereitenden Sprachkurs oder dem Abschiednehmen von Familie und Freunden. Wenn Menschen fliehen müssen, ist diese Phase sehr kurz oder kaum vorhanden; viele Menschen wissen nicht, in welchem Land sie aufgenommen werden und bleiben können.

Die **Phase des Migrationsakts** kann unterschiedlich lang sein, manchmal geht es um einen Flug von wenigen Stunden, manchmal handelt es sich um einen Fluchtweg durch viele Länder, der viele Monate andauert und teils von großen Gefahren begleitet ist. Gefühle von Hoffnung, Vorfreude, Angst und Trauer wechseln sich in dieser Phase schnell ab. Angekommen im Zielland schließt sich anfänglich oft eine **Phase der Überkompensation** (Euphorie) an: Alles ist neu und spannend im Zielland und will erkundet werden; oft werden die eigenen Möglichkeiten und die Zukunft im neuen Land sehr positiv erlebt und von hohen Erwartungen begleitet. Bei unfreiwilliger Migration ist dieses Hochgefühl weit weniger ausgeprägt, aber es macht sich oft ein Gefühl von Erleichterung bemerkbar, zunächst in Sicherheit zu sein.

Danach schließt sich die **Phase der kritischen Anpassung** an, in der viele Migrant_innen einen erhöhten Akkulturationsstress bzw. „Kulturschock“ erleben.

In dieser Phase erlebt man häufig Konflikte zwischen eigenen kulturellen Werten und Normen, mit denen man im Herkunftsland aufgewach-

sen ist, und jenen der Aufnahmegesellschaft. Gefühle von Entfremdung, Enttäuschung, Isolation und Heimweh können in dieser Phase verstärkt auftreten.

Erfahrungen von Diskriminierung und Rassismus in der Aufnahmegesellschaft tragen auch zu Entfremdungsgefühlen, sozialer Isolation und Marginalisierung bei. Oft findet hier eine Desillusionierung über die eigenen Lebenschancen in der neuen Gesellschaft statt. Die Phase der kritischen Anpassung ist für geflüchtete Menschen besonders schwerwiegend, wenn ihre Unterbringung auf Dauer unbefriedigend und ihre aufenthaltsrechtliche Situation unsicher ist.

Trennung von Familie und Freunden im Herkunftsland, soziale Entwurzelung, sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme, Arbeitslosigkeit und finanzielle Krisen können dazu beitragen, dass Migrant_innen in dieser Phase vulnerabel für psychische Störungen und somatische Erkrankungen sind. Es werden Korrelationen zwischen migrationsspezifischen Belastungen, Akkulturationstress und psychischer Belastung, insbesondere von Depressivität, diskutiert (Kizilhan, 2011; Machleidt & Heinz, 2011). Dabei ist zu bedenken, dass Geflüchtete oft nur einen begrenzten Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung haben, was für traumatisierte Menschen mit einem prekären Aufenthaltsstatus (z.B. Duldung) besonders problematisch ist.

Migrationsspezifische Belastungen und Aspekte des Akkulturationstresses sind wichtige Bestandteile der sogenannten Post-Migrationsstressoren, die nach dem Migrationsakt mit etwas zeitlicher Verzögerung im Aufnahmeland zutage treten können und sich oftmals negativ auf die Gesundheit auswirken.

Post-Migrationsstressoren

- Verlust von familiären und außerfamiliären Bezugspersonen, sozialen Netzwerken
- Verlust von sozialem Status
- Arbeitslosigkeit, finanzielle Krisen, Ausübung gesundheitsgefährdender Arbeit
- Ungesicherte aufenthaltsrechtliche Situation, prekäre Wohnverhältnisse, Restriktionen im Bereich Arbeitsrecht etc.
- Sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme
- Einsamkeit, Heimweh, Sorge um zurückgelassene Angehörige
- Soziale Isolation, Marginalisierung, Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus und in der Aufnahmegesellschaft

- Identitätskrisen, intergenerationelle Konflikte in eingewanderten Familien in Bezug auf kulturelle Loyalitäten zur Kultur des Herkunftslandes und Anpassungen an die Aufnahmegesellschaft

Diese Post-Migrationsstressoren (vergl. auch Bermejo et al., 2011; Kizilhan, 2011) zeigen für Migrant_innen oft hohe Anpassungsanforderungen in sämtlichen Lebensbereichen. Es ließe sich nun vermuten, dass aufgrund dieser Stressoren Menschen mit Mh. ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen haben. Schouler-Ocak (2015) stellt jedoch fest, dass die aktuelle Studienlage keine eindeutigen Rückschlüsse darauf zulässt. Allerdings stellt sie für manche Gruppen von Menschen mit Mh. ein erhöhtes Risiko fest, wie ein häufigeres suizidales Verhalten bei jungen Frauen mit türkischem Mh. sowie größere psychische Belastungen bei Flüchtlingen und Asylbewerber_innen, die mehrfachen Stressoren ausgesetzt sind (Schouler-Ocak, 2015). In diesem Zusammenhang nennt Brandmaier (2011) als wichtigen Stressfaktor auch lang andauernde asylrechtliche Verfahren.

Im Modell der Migrationsphasen schließt an die schwierige Phase der kritischen Anpassung eine **Phase der Trauer** an, in der Migrant_innen oft beginnen, über die durch Migration erlittenen Verluste zu trauern: die Heimat, Verwandte und Freunde, soziale Netzwerke, ein zurückgelassenes Haus oder die eigene verlorene berufliche Identität. Ein Trauerprozess ist häufig wichtig, um sich letztendlich auf das neue Leben im neuen Land einlassen zu können. Trauerprozesse können jedoch meist erst dann durchlebt werden, wenn der Aufenthalt im Aufnahmeland gesichert ist und eine Ruhephase einkehren kann. Auch ist es dann erst möglich, erlittene Traumata zu verarbeiten.

In der nächsten **Phase generationsübergreifender Anpassungsprozesse** finden in Familien häufig Auseinandersetzungen zwischen den Generationen statt. Dabei kann es um Spannungen zwischen Loyalitäten zur Kultur des Herkunftslandes (oft repräsentiert durch die Eltern) und Anpassungsprozessen an die Aufnahmegesellschaft (primär bei den Kindern, zweite und dritte Generation) gehen. Die sich daran anschließenden **Phasen der Bi- und Multikulturalität** bezeichnen ein Stadium, in dem Menschen mit Mh. verschiedener Generationen ihre Identitäten z.B. zwischen den kulturellen Orientierungen der Herkunftskultur und jener der Aufnahmegesellschaft aushandeln, oder die eigene Identität über verschiedene kulturelle Einflüsse hinweg entwickeln, im Sinn einer transkulturellen Identität.

An dieser Stelle muss aber nochmals betont werden, dass das Gelingen des Migrationsprozesses und der Integration auch sehr stark von der Politik und dem gesellschaftlichen Klima des Aufnahmelandes abhängen.

Wie schon zuvor erwähnt, zieht Migration nicht nur Belastungen nach sich, sondern kann auch als Ressource wirken. Kizilhan weist hier darauf hin, dass Menschen mit Mh. durch unterschiedliche durchlebte Stresssituationen auch besondere Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien entwickeln können. Familiärer Rückhalt, stabile Verwandtschaftsstrukturen oder unterstützende Migrant_innen-Communities stellen oft einen Schutz dar. Auch Mehrsprachigkeit, kulturelle oder religiöse Werte und Normen und transkulturelle Kompetenzen stellen Gesundheitsressourcen von Menschen mit Mh. dar (Kizilhan, 2011; Razum, 2008b).



Hier ein Lesetipp für Ihre Freizeit: Der Roman von Imbolo Mbue über eine Familie aus Kamerun, die versucht, in New York City dauerhaft Fuß zu fassen, ist sehr unterhaltsam veranschaulicht stellenweise die psychologischen Phasen von Migration und Postmigrationsstress.

- Mbue, Imbolo (2017): Das geträumte Land. Köln: Kiepenheuer & Witsch

3.3.4 Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung

Bei der Gesundheitsversorgung eines Teils von Menschen mit Mh. wirken verschiedene Zugangsbarrieren, die negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und Qualität der Versorgung und somit auf ihren Gesundheitszustand haben.

Abbildung 6: Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung bei Menschen mit Mh.



Sprachbarrieren

Etwa 20% der Menschen mit Mh. in Deutschland haben unzulängliche Deutschkenntnisse und erleben **sprachlichen Barrieren** im Zugang zur Gesundheitsversorgung (Meyer, 2008; BMFI, 2016). Dabei handelt es sich meist um Neueinwander_innen, Geflüchtete, ältere Menschen mit Mh. und Personen mit Mh. mit demenziellen Erkrankungen (BMFI, 2016). Im 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014) wird eine Befragung von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen genannt, in der rund 42% der befragten Kliniken angab, dass der größte Verbesserungsbedarf bei der Patientenversorgung im Bereich der sprachlichen Verständigung liege. Eine Befragung von Ärzt_innen in Berliner Rettungswachen zeigte eine deutliche Unzufriedenheit der behandelnden Ärzt_innen mit der Arzt-Patienten-Beziehung in der Versorgung von Menschen mit Mh., wobei als ein wichtiger Grund sprachliche Kommunikationsprobleme angegeben wurden (Babitsch, Borde & David, 2008).

Aufgrund mangelnder mündlicher und schriftlicher Informationen in verschiedenen Sprachen wissen vor allem Personen mit eigener Migrationserfahrung (erste Einwanderergeneration) oft weniger gut Bescheid über Angebote des deutschen Gesundheitssystems und deren Ziele. Daher nehmen sie seltener Präventions- oder Rehabilitationsangebote in Anspruch als Menschen ohne Mh.. In vielen Herkunftsländern von Migrierten sind gesundheitliche Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nicht vorhanden und daher nicht bekannt. Eine Studie von Razum & Brzoska (2016) zeigt, dass selbst wenn Menschen mit Mh. ei-

ne Rehabilitationsmaßnahme durchliefen, sie deutlich unzufriedener damit waren als Patient_innen ohne Mh.. Als Gründe dafür wurden genannt, dass sie wegen Sprachbarrieren viele Behandlungsformen wie Gesprächstherapie etc. innerhalb der Reha nicht nutzen konnten. In einer anderen Studie über die Inanspruchnahme von Selbsthilfe-Angeboten nannten 36% der befragten Selbsthilfekontaktstellen „sprachliche und kulturelle Barrieren“ in der Partizipation von Menschen mit Mh. (Kohler et al., 2009).

In einer Studie, in der Personen mit Mh. aus unterschiedlichen Herkunftsländern über subjektiv erlebte Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen befragt wurden, nannten 48,4% der Befragten ebenfalls „Sprachprobleme“ (Bermejo et al., 2012).

Borde (2017) weist darauf hin, dass Unzulänglichkeiten in der Patient_innen-Kommunikation, die bereits in Studien in den 1990er- und 2000er Jahren identifiziert wurden, leider bis heute gelten. In ihrer Studie zum Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in einer gynäkologischen Klinik zeigte Borde große Defizite in der mündlichen und schriftlichen Patientinnenaufklärung auf. Diese waren nicht abgestimmt auf die individuellen Deutschkenntnisse, das gesundheitsbezogene Basiswissen oder den Bildungsgrad der Patientinnen. Sprachmittlung erfolgte meist durch Laien wie Ehemänner, Kinder, Bettnachbarinnen oder zweisprachiges medizinisches und nicht-medizinisches Personal, das nicht in Sprachmittlung ausgebildet war (Borde, 2017; 2002).



Wenn bei der Sprachmittlung auf Laien wie Verwandte und Personal ohne Dolmetscherkompetenz zurückgegriffen wird, kann es leicht zu Verzerrungen oder Auslassungen in der Übersetzung kommen. Ehepartner_innen, Kinder und andere Verwandte sind in der Situation oft selbst belastet, haben eigene Interessen, wollen ggf. den/die Patient_in nicht belasten oder geben aus Schamgefühlen nicht alles weiter. Auch bei ungeschultem medizinischem und insbesondere bei nicht-medizinischem mehrsprachigem Personal kann die Übersetzung fehlerhaft sein. Daher sollten insbesondere bei Aufklärungs- und Informationsgesprächen sowie bei Anamnesen professionelle, medizinisch und psychosozial geschulte Sprachmittler_innen eingesetzt werden.

Hier ein Ergebnis der erwähnten Studie von Borde: „Am Tag der Entlassung aus der Klinik konnten nur etwas mehr als die Hälfte der Immigrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen gegenüber 75% der Immig-

rantinnen mit guten Deutschkenntnissen und 83% der Patientinnen mit deutscher Muttersprache richtige Angaben über ihre stationär durchgeführte Behandlung machen.“ (Borde 2017, S. 2).

Sprachhürden und Kommunikationsprobleme können in der Diagnostik und Behandlung zu Fehldiagnosen, Fehl-, Unter- und Überversorgung und zu Chronifizierungen führen (Razum et al., 2008a; BBMFI, 2015; Schouler-Ocak, 2015; Borde, 2017). Nichtsdestotrotz ist die Finanzierung von **Sprachmittlungskosten** im Rahmen der Gesundheitsversorgung bis heute nicht gesetzlich geregelt (siehe auch Kapitel 3.7). Die Kosten für Sprachmittlung können selten an die Patient_innen weitergegeben, und so bleiben Kliniken, Arztpraxen und andere Einrichtungen im Gesundheitswesen darauf sitzen. Dies ist einer der Hauptgründe, weshalb professionelle Sprachmittler_innen weitaus seltener als nötig in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden. Ein anderer Grund liegt in der oft fehlenden Übung des Gesundheitspersonals, mit Sprachmittler_innen zu arbeiten. Als weitere Hürde wird oft der hohe zeitliche und organisatorische Aufwand eines Dolmetschereinsatzes genannt. Hier wären mehr Schulungen zur Arbeit mit Sprachmittler_innen wichtig. Auch müsste verdeutlicht werden, dass zwar anfänglich mehr Aufwand betrieben werden muss und höhere Kosten entstehen, sich in der Folge aber Vorteile einstellen wie eine korrektere Diagnostik und Anamnese, eine effektivere Behandlung (und somit Kosteneinsparungen) sowie eine bessere Behandler_in-Patient_in-Beziehung und Reduktion von Stress auf beiden Seiten.

Oft mangelt es auch an mehrsprachigen schriftlichen Patienteninformationen. Da ein Teil der Patient_innen mit Mh. auch über ungenügende Schreib- und Lesefähigkeit verfügt, wären außerdem mehr video- und bildgestützte Informations- und Aufklärungswege wünschenswert. Diese sind in der Praxis noch nicht weit entwickelt.



Hier finden Sie links zum Thema Sprach- und Kulturmittlung im Gesundheitswesen und zu weiteren Kommunikationshilfen:

Link: <https://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/>



Link: <https://www.sprachundintegrationsmittler.org/>

„Kultursensible Patient_innen-zentrierte Anamnesesoftware“
<https://www.aidminutes.com/>

<https://www.videodolmetschen.com>

„DICTUM - Digitale Kommunikationshilfen für nicht-deutschsprechende Patienten“ <http://www.dictum.med.uni-goettingen.de/de/content/ueberdictum.html>

Tip doc – Bildtafeln mit kurzen mehrsprachigen Untertiteln
<http://www.setzer-verlag.com/>

„Mein Körper in Wort und Bild“ - Förderung des Wissenserwerbs im Bereich sexuelle Gesundheit, eine Website der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – in 13 Sprachen + leichte Sprache
<https://www.zanzu.de/de/>

Kulturelle Missverständnisse und interkulturelle Kommunikationsprobleme



Kulturelle Unterschiede in Krankheitskonzepten, Behandlungs- und Pflegevorstellungen zwischen Patient_innen mit Mh. und Ärzt_innen sowie anderen Gesundheitsberufen stellen oft eine weitere Zugangsbarriere dar (Ilklic, 2005; Schouler-Ocak, 2015). Diese können ebenfalls zu Kommunikationsproblemen, fehlerhafter Diagnostik und Anamnese sowie zu einer schwierigen Beziehung zwischen Patient_innen und Behandelnden führen.

In der Studie zu subjektiv erlebten Barrieren von Personen mit Mh. in der Gesundheitsversorgung äußerten insbesondere Befragte mit türkischem Migrationshintergrund, dass Gesundheitsfachkräfte zu wenig über die türkische Kultur wüssten und sie sich kulturell unverstanden fühlten (Bermejo et al. 2012).

Es gibt zahlreiche Definitionen von Kultur. Kultur geht auf das lateinische Verb colere zurück, das ‚pflegen‘, ‚urbar machen‘, ‚ausbilden‘ bedeutet. Daraus entstand das Wort ‚agricultura‘ (Ackerbau). Das lateinische ‚cultura‘ bezeichnet im weitesten Sinn alles, was der Mensch selbstgestaltend hervorbringt, im Gegensatz zu ‚natura‘ – dem Reich der Natur. Im Kontext unseres Moduls ist ein konstruktivistisches, bedeutungsorientiertes Kulturverständnis sinnvoll, wie es heute in der Ethnologie vertreten wird. Demnach wird Kultur als ein von Menschen hergestelltes Konstrukt von Werten, Normen, Denkformen, Bedeutungen und Verhaltensweisen verstanden. Kulturelle Bedeutungen werden symbolisiert durch Sprache, Bilder, Metaphern. Nicht nur künstlerische Ausdrucksformen oder sogenannte „Hochkultur“ gesellschaftlicher Eli-

ten fällt darunter, sondern auch Alltagskultur, soziale Praktiken oder Organisationsweisen gesellschaftlicher Institutionen.

Kultur kann als kollektives Orientierungssystem menschlicher Gruppen in der Umwelt verstanden werden (Geertz, 1973). Eine wichtige Funktion von Kultur ist auch, dass sie nach innen integrativ und nach außen abgrenzend wirken kann. Durch eine gemeinsam geteilte Kultur kann Gruppenzusammenhalt gestärkt und die eigene Gruppe gegen andere Menschen oder Gruppen abgegrenzt werden („Wir“ und die „Anderen“). Kultur trägt somit gleichzeitig zu einer individuellen und kollektiven Identitätsbildung bei.

Der Charakter von Kultur ist nicht statisch, sondern dynamisch, und Kulturen können sich gegenseitig beeinflussen. Darüber hinaus wird Kultur als in sich selbst heterogen verstanden. Das bedeutet, dass es innerhalb einer Kultur beispielsweise verschiedene Lebenswelten von Männern, Frauen, Altersgruppen, Berufsgruppen, gesellschaftlichen Schichten, Subkulturen gibt. Dadurch kann es sein, dass ein türkischer Bauarbeiter und eine türkische Pflegewissenschaftlerin weniger miteinander gemeinsam haben als eine türkische Pflegewissenschaftlerin mit einer deutschen Pflegewissenschaftlerin.

Nach dem hier dargestellten Kulturverständnis ist es zu vermeiden, Menschen in stereotype „Kulturschubladen“ einzuordnen. Stattdessen sollte jeder Mensch individuell und differenziert betrachtet werden, beispielsweise nach ihrer/seiner Geschlechtszugehörigkeit, regionalen Herkunft, Bildungsgrad, Beruf, sozioökonomischen Lage, Alter, Einwanderergeneration, Weltanschauung etc.

Krankheitskonzepte und Auffassungen über angemessene Behandlungsmethoden können kulturell unterschiedlich sein, und sie variieren auch nach regionaler und schicht-spezifischer Zugehörigkeit. So beeinflussen etwa soziokulturell geprägte Gewohnheiten in Bezug auf Hygiene, Ernährung oder gesundheitliche Risiken das Gesundheitsverhalten von Menschen.

Besonders Menschen mit Mh. der ersten Einwanderergeneration mit niedrigem Bildungsgrad, wenig physiologischem Körperwissen und mit einer Herkunft aus vorwiegend ländlichen Regionen Südosteuropas, der Türkei und dem Nahen Osten haben oft ein eher **externales Krankheitsverständnis**: Sie sehen die Ursachen von Krankheiten häufig in äußeren Einflüssen, wie ungünstigen klimatischen Bedingungen, dem Willen Gottes, schlechten magischen Kräften, dem Schicksal. Dies

ist häufig mit der Überzeugung verbunden, dass man seine eigene Gesundheit selbst kaum beeinflussen kann. Folglich verhalten sich manche Patient_innen dann eher passiv-abwartend und erwarten von der Ärztin oder dem Therapeuten, dass er/sie wieder gesund macht (vergl. Lenthe, 2016; Zimmermann, 2000).

Religiöse Krankheitskonzepte haben ebenfalls oft eine starke Auswirkung darauf, wie Menschen mit Krankheit umgehen. Viele Christen sind etwa davon überzeugt, dass der Sinn ihrer Krankheit in der Möglichkeit der Erfahrung von Gottes Barmherzigkeit liegt. Muslime glauben vielfach, dass Krankheit eine Prüfung Gottes ist, die duldsam ertragen werden muss. Viele Hindus und auch Buddhisten schreiben die Ursache von Erkrankungen dem Karma zu; sie sehen in Krankheit also die Konsequenz eigener schlechter Taten und Verhaltensweisen im aktuellen oder vorangegangenen Leben. Viele Menschen aus Ländern West-, Ost- und Südafrikas verstehen Krankheit als Strafe göttlicher Kräfte für sittliche Fehltritte.

Häufig gibt es auch die Überzeugung, dass **magische Einflüsse** Krankheiten hervorrufen. In der Türkei, aber auch in Süditalien und in Regionen Nordafrikas gibt es zum Beispiel das Konzept des bösen Blicks (Zimmermann, 2000; Lenthe, 2016). Viele Migrant_innen türkischer Herkunft glauben, dass neidvolle Personen anderen Menschen einen bösen Blick („nazar“) zuwerfen und bei den Opfern damit Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, aber auch schwere Erkrankungen hervorrufen können, die zum Tod führen (Bose & Terpstra, 2012; Lenthe, 2016; Zielke-Nadkarni, 2007). Gegen den bösen Blick schützt man sich häufig mit einem blauem Glasaugen, das als Schmuck getragen, über der Haustür oder am Bett eines Kindes angebracht wird. Auch durch andere Formen von Schadenszauber oder durch einen bösen Geist (ein sogenannter „djinn“ in muslimischen Ländern), der in den eigenen Körper eingedrungen ist, erklären sich Menschen mit Mh. aus der Türkei, Nahem Osten oder afrikanischen Ländern oft Krankheiten.

Wohlgemerkt gilt das nicht für alle Menschen mit Mh. aus diesen Regionen und hat auch mit dem Bildungsgrad, sozioökonomischen Status und Religion / Weltanschauung zu tun.

Bei Patient_innen mit türkischem Hintergrund wird häufig auch von einem **mechanistischen Krankheitsverständnis** gesprochen: Hier geht es um die Vorstellung, dass Krankheiten dadurch entstehen, dass sich Organe oder Körperbereiche nicht mehr an der richtigen Stelle befinden.

den. So äußern manche Patient_innen: „Meine Organe sind verrutscht“, oder „mein Nabel ist gefallen“ (siehe Kizilhan, 2010; Lenthe, 2016). Diese beiden Aussagen erklären oft Symptome psychosozialer Belastungen, wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder Verlust des eigenen psychischen Gleichgewichts.

Bei kleineren Beschwerden, aber auch bei schweren Erkrankungen werden oft **volksmedizinische Verfahren** angewendet und sogenannte „traditionelle“ Heiler_innen aufgesucht. Statt zu Heilpraktiker_innen gehen manche Menschen mit türkischem Hintergrund etwa zu „Hoças“, die muslimisch-religiöse Lehrer und Ratgeber sein können, aber auch oft magische Heiler_innen, die den bösen Blick bannen oder böse Geister vertreiben. In arabisch-sprachigen Ländern gibt es die Instanz des „Sheiks“, eines hohen Geistlichen. In Syrien etwa behandeln diese Sheiks vorwiegend psychische und neurologische Beschwerden durch Gespräche, Koranrezitationen und magische Methoden (Sündermann, 2005)³. Im türkischen Kontext sind auch sogenannte „Knochenheiler“ bekannt, die Verstauchungen, Gelenkprobleme, Knochenbrüche etc. durch Kräuterumschläge, Bandagen oder Massagen behandeln. Viele Heiler_innen aus verschiedenen Weltregionen verwenden die jeweils in diesen Ländern entwickelte traditionelle Kräutermedizin. In größeren deutschen Städten mit großen Migrant_innen-Communities bieten oft solche volksmedizinischen Heilkundigen ihre Dienste an. Je nach Krankheit kombinieren viele Patient_innen volksmedizinische Heilmethoden mit schulmedizinischen Verfahren, so wie es auch Patient_innen ohne Mh. mit Heilpraktiker_innen machen.

Manche **Organe** haben eine **symbolische Bedeutung**, durch die zu- meist seelische Zustände ausgedrückt werden. In Deutschland spielt das Herz eine solche Rolle, z.B. wenn jemand sagt, „das zerreißt mir das Herz“ oder „er ist an einem gebrochenen Herzen gestorben“. In der Türkei und in Ländern Südosteuropas werden emotionale Zustände oft über die Leber ausgedrückt. Wenn jemand sagt „Meine Leber brennt“ kann das bedeuten, dass er/sie Sorgen oder Heimweh hat, traurig oder depressiv ist (Lenthe, 2016; Zimmermann, 2000).

Auch der **Umgang mit Schmerzen und Schmerzäußerung** kann kulturell unterschiedlich sein: Wird Schmerz der Außenwelt mitgeteilt, und wenn ja, in welcher Intensität? Symptompräsentation und Schmerzäußerung sind - neben individuellen Einflüssen - abhängig von der Erzie-

³ Diese Sheiks haben eine wichtige Bedeutung, da in Syrien vor dem Krieg nur zwei psychiatrische Kliniken mit ca. 1000 Betten existierten, wie mir ein syrischer Psychiater mitteilte.

hung und von soziokulturell erlerntem Verhalten (Kohnen, 2003). Durch kulturelle Normen werden in Deutschland Schmerz und andere Emotionen in der Öffentlichkeit eher wenig expressiv zum Ausdruck gebracht. Es gilt tendenziell die Maxime von Selbstkontrolle und das Motto „Zähne zusammenbeißen“. In anderen Gesellschaften, z.B. in Ländern Süd- und Südosteuropas, der Türkei und im Nahen Osten gelten spontan geäußerte Emotionen oder laute Schmerzäußerungen eher als sozial akzeptabel und werden sogar vom Kranken erwartet. Häufig nehmen Vertreter_innen des Gesundheitspersonals im deutschen Gesundheitswesen diese Patient_innen als wehleidig wahr und sprechen dann abwertend von „Mittelmeersyndrom“ oder „Morbus Bosporus“.

Doch in Gesellschaften, in denen familiäre Bindungen und die Rolle der Familie für die eigene Identität sehr wichtig sind (Kollektivismus), wird Schmerz und Krankheit auch eher im Kollektiv bewältigt. Kranke erhalten oft sehr viel Aufmerksamkeit und werden teils rund um die Uhr versorgt. In diesem Kontext haben Schmerzäußerungen häufig die Funktion eines Appells an das soziale Umfeld, sich um den Kranken zu kümmern und Trost zu spenden (Kohnen, 2003; Lenthe, 2016).

Bei Migrant_innen aus der Türkei und Regionen des Nahen Ostens mit niedrigem Bildungsniveau und geringem Körperwissen gibt es häufig die Tendenz, Schmerzen und andere Symptome leibnah und ganzheitlich auszudrücken; die Symptombeschreibung kann eher diffus („überall Schmerz“) sein. Auch wird aufgrund von gesellschaftlicher Stigmatisierung psychischer Erkrankungen seelisches Leid eher körperlich durch Kopf- oder Bauchschmerzen ausgedrückt (Kohnen, 2003; Zimmermann, 2000).

Laute Schmerzäußerungen können aber auch im Zusammenhang mit Sprachbarrieren stehen. Wenn Patient_innen befürchten müssen, sprachlich nicht verstanden zu werden, kann es sein, dass sie sprachersetzend mehr klagen, um wahrgenommen zu werden (Zimmermann, 2000; Hüper & Kerkow-Weil, 2007). Darüber hinaus spielen auch Faktoren wie Geschlecht, Bildung bzw. Körperwissen und soziale Herkunft eine Rolle im Schmerzausdruck (vergl. auch Borde 2002).

Wenn Gesundheitsberufe nicht darauf vorbereitet sind, in der Praxis auf soziokulturell unterschiedliche Krankheitskonzepte und Symptomäußerungen zu stoßen, kann es zu Missverständnissen und Fehldiagnosen kommen, auch zur Über- oder Unterdosierung von Schmerzmitteln, zu langwierigen diagnostischen Prozessen und in Folge zu Chronifizierungen. Wenn bei Patient_innen das Gefühl entsteht, nicht verstanden o-

der nicht ernst genommen zu werden, entwickelt sich kein Vertrauen zu den Behandelnden. Probleme in der Compliance und häufiger Wechsel der Behandelnden (z.B. „Ärzte-Hopping“) sind die Folge.



Zu **interkulturellen Kompetenzen** bei Gesundheitsberufen zählt es, sich darüber bewusst zu werden, dass Verständnisweisen von Gesundheit, Krankheit, Symptomäußerungen und Behandlungsvorstellungen kulturell variabel sein können. Dies bedeutet aber nicht, dass man möglichst alle Details über verschiedene Krankheitskonzepte je nach Herkunftsland kennen muss. Dies ist weder möglich noch wünschenswert, denn ein solch eher starres „Kulturwissen“ birgt die Gefahr, Menschen vorschnell in stereotype Kulturschubladen zu stecken. Wichtiger ist es, dass sich Akteur_innen im Gesundheitswesen für die Interpretationen und Erklärungstheorien des/der individuellen Patient_in zu seiner/ihrer Erkrankung interessieren. Auch ist es hilfreich, nach seinen/ihren Behandlungs- und Pflegeerwartungen zu fragen oder zu ergründen, über welche eigenen Ressourcen er/sie in seiner/ihrer Lebenswelt verfügt, um die Krankheit zu bewältigen.



Vorsicht vor Kulturalisierung! Die Beachtung soziokultureller Faktoren im Krankheitsverständnis von Patient_innen sollte nicht dazu führen, dass man Patient_innen mit Mh. ausschließlich durch eine „kulturelle Brille“ betrachtet, denn dadurch besteht die Gefahr ihrer Exotisierung. Gleichzeitig geraten andere wichtige Faktoren aus dem Blick, wie Sprachbarrieren, Informationsdefizite, Post-Migrationsstressoren und Defizite in der Art und Weise, wie das Gesundheitssystem auf Diversität reagiert.



e-tivity 5:

Lesen Sie das Fallbeispiel von Frau Aktaş durch. Reflektieren Sie das Beispiel anhand der beigefügten Fragen und machen Sie sich dazu Notizen.

Diskriminierungserfahrungen, Angst vor Ausgrenzung

Ein weiteres Hindernis im Zugang zur Gesundheitsversorgung sind Diskriminierungserfahrungen sowie die Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung (Schouler-Ocak, 2015).



Stigmatisierung: In der Soziologie wurde der Begriff von Goffman geprägt. Er berief sich auf die antiken Griechen, die mit „Stigma“ ein körperliches Zeichen meinten, das einem Menschen in die Haut gebrannt oder geschnitten wurde, wenn dieser den gesellschaftlichen Normen nicht entsprach oder sich unmoralisch verhalten hatte. So konnte man sofort erkennen, dass es sich um eine Person mit schlechten Eigenschaften handelte. Goffman definiert Stigmatisierung als einen Prozess, in dem einzelne Menschen oder Gruppen aufgrund realer oder fiktiver Merkmale abgewertet und somit zu gesellschaftlichen Randgruppen gemacht werden. Als Stigmata gelten in unserer Gesellschaft beispielsweise Obdachlosigkeit, Armut, Behinderung, psychische Störungen, bestimmte Krankheiten wie HIV, Homo- und Transsexualität, bestimmte nationale / ethnische Herkünfte oder auch eine dunkle Hautfarbe. Goffman hob hervor, dass Stigmatisierung zur Beschädigung der Identität der Betroffenen führen kann.

An dieser Stelle wird deutlich, dass der Diversity Ansatz versucht, Stigmatisierungsprozessen entgegenzutreten, indem er Diskriminierungen aufgrund gesellschaftlich negativ bewerteter Merkmale entgegentritt.

In der Studie über subjektiv erlebte Barrieren äußern 18,7 % der Befragten mit Mh. Befürchtungen, stigmatisiert und ausgegrenzt zu werden (Bermejo et al., 2012). Es gibt bisher nur wenige Untersuchungen darüber, wie stark Vorurteile, Stereotypen, rassistische Denk- und Verhaltensweisen unter Gesundheitspersonal in Deutschland verbreitet sind. Eine deutsche Studie über Einstellungen, Verhalten und subjektive Erfahrungen von 30 Hausärzt_innen kam zu dem Ergebnis, dass diese Ärzt_innen teils in diskriminierender und rassistischer Weise über Patient_innen mit Mh. sprachen. Beispielsweise schickte ein Arzt eine Patient_in mit türkischem Mh. weg mit der Begründung, sie spreche nicht genug deutsch; ein anderer Arzt betrachtete schwarze Patient_innen aus afrikanischen Ländern als Fremde, die er von „seinen“ Patient_innen abgrenzte (Gerlach et al., 2008).

Aus eigener Erfahrung als Dozentin für interkulturelle Kompetenzen im Bereich Pflege schätze ich, dass ca. 30 - 40% der Teilnehmenden mei-

ner Kurse, die pflichtmäßig im Rahmen eines Weiterbildungscurriculums zu absolvieren sind, große Widerstände in der Versorgung von Patient_innen mit Mh. haben. Es wäre wichtig zu untersuchen, wie sich diese negativen Haltungen und Widerstände auf die Kommunikation und Versorgungsqualität von Menschen mit Mh. auswirken (vergl. Borde, 2017).



e-tivity 6: optional

Selbstreflexionsübung. Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- a) Tauchen Stereotypen oder Vorurteile in Ihrem Kopf auf, wenn Sie an Patient_innen mit Mh. denken? Wenn ja, welche?
- b) Wie nehmen Sie sich selbst in der Behandlung bzw. Pflege von Patient_innen mit Mh. wahr? (z.B. geduldig, neugierig, ängstlich, ungeduldig, gehemmt etc.).
- c) Wenn Sie sich mit Patient_innen mit Mh. nicht oder nur sehr eingeschränkt verständigen können, wie reagieren Sie? Welche Gefühle löst das bei Ihnen aus?
- d) Was könnte helfen, um Vorurteilen zu begegnen oder damit konstruktiv umzugehen? Was brauchen Sie, um Patient_innen mit Mh. gut zu behandeln bzw. zu pflegen?

Die Beantwortung dieser Fragen ist nur für Sie selbst bestimmt.

3.3.5 Zusammenfassung

Migration bzw. Flucht per se macht nicht krank (Bermejo et al., 2011), aber Gesundheitsrisiken können aufgrund von Post-Migrationsstressoren sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland größer sein (vergl. Razum et al., 2008a). In diesem Kapitel wurde deutlich, dass ein komplexes Zusammenspiel von Faktoren den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten von Menschen mit Mh. beeinflusst. Verschiedene Barrieren in der Gesundheitsversorgung führen bei Menschen mit Mh oft zu Fehldiagnosen, Fehl-, Unter- und Überversorgung und zu Chronifizierungen und somit zu einer qualitativ schlechteren Gesundheitsversorgung im Vergleich zu Menschen ohne Mh. (Razum et al., 2008a; BBMFI, 2015; Schouler-Ocak, 2015; Borde, 2017). Leider werden bis heute professionelle Sprach- und Kulturmittler_innen zu selten eingesetzt. Auch herrscht ein Mangel an mehrsprachigen Informationen zu gesundheitsbezogenen Angeboten.

Durch interkulturelle und migrationspezifische Themen in der Aus- und Fortbildung können Akteur_innen im Gesundheitswesen Zugangsbarrieren für Patient_innen mit Mh. abbauen helfen und interkulturelle Kommunikationsprobleme verringern. Interkulturelle Kompetenzen soll-

ten als Schlüsselkompetenz in allen Gesundheitsberufen entwickelt werden. Doch leider gibt es dafür deutschlandweit noch zu selten verbindliche Bildungsangebote.

Bundesweite Normen zur interkulturellen Öffnung, die Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Mh. abbauen könnten, sind nicht in Sicht. So kritisiert Borde, dass „(...) flächendeckende Strategien und verbindliche strukturelle Maßnahmen auf politischer und institutioneller Ebene (...)“ in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Mh. bisher fehlen. Stattdessen werde momentan immer noch versucht, dieses Defizit durch zeitlich befristete und regional begrenzte Initiativen verschiedenster Akteure auszugleichen (2017, S. 5).

3.4 Behinderung und Gesundheit

Im Folgenden erwartet Sie ein Überblick über die gesundheitliche Situation, verschiedene Gesundheitsaspekte und Zugangsbarrieren bei Menschen mit Behinderung.

3.4.1 Begrifflichkeiten, soziodemografische Daten

„Menschen mit Behinderung“, „Behinderte“, „Menschen mit Beeinträchtigungen“, „Menschen mit Handicap“, „Menschen mit besonderen Fähigkeiten“ – welches ist die ‚richtige‘, politisch korrekte Bezeichnung? Wie schon im vorigen Kapitel deutlich wurde, sind Begriffe, die eine Kategorie von Menschen bezeichnen, soziopolitischen Diskussionen und Veränderungen unterworfen.

Momentan hat sich die Begrifflichkeit „Menschen mit Behinderung“ durchgesetzt, die unter anderem durch die UN-Behindertenrechtskonvention (2008) geprägt wurde. Sie hat sich im deutschen Sozialrecht etabliert und wird auch von Betroffenen selbst größtenteils akzeptiert.

Momentan wird auch der Begriff „Menschen mit Beeinträchtigungen“ benutzt, insbesondere von staatlichen Institutionen wie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Der Verein ‚Sozialhelden‘ weist auf seiner Webseite darauf hin, dass ein wichtiger Unterschied zwischen „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“ besteht: Während „Be-

einträchtigung“ die individuelle körperliche Dimension von Behinderung betone (z.B. das fehlende Hörvermögen, die fehlenden Arme), schließe „Behinderung“ die soziale Ebene ein, also die soziale Umwelt, die für Menschen oft Barrieren schafft und somit individuelle „Beeinträchtigungen“ erst zu einem Problem mache (www.leidmedien.de/begriffe). In diesem Kapitel werde ich nur dann von Beeinträchtigungen sprechen, wenn primär die körperliche bzw. psychische Dimension gemeint ist.

Eng verbunden mit den Begrifflichkeiten sind Verständnisweisen von Behinderung und der gesundheitspolitische Umgang damit. In der herkömmlichen Gesundheitspolitik und dem damals vorherrschenden **medizinischen Modell** wurden die Ursachen der Probleme von Menschen mit Behinderung vor allem in ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung gesehen. In dieser Perspektive wurde Menschen mit Behinderung die Fähigkeit abgesprochen, gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und daher Sonderwelten und Schutzräume für sie geschaffen, wie spezielle Werkstätten, Wohneinrichtungen oder Förderschulen (Degener & Decker, 2019). Darauf folgte das **soziale Modell**, das Behinderung als soziale Konstruktion begreift. Die Ursachen der Probleme von Menschen mit Behinderung liegen demnach nicht in deren individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sondern in Barrieren und Benachteiligungen der gesellschaftlichen Umwelt (ebda). So müssen Menschen mit Behinderung in speziellen Werkstätten arbeiten, da sie nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden, oder sie leben in Wohneinrichtungen, weil es in Städten und Gemeinden keine barrierefreien Wohnungen für sie gibt. Die Verknüpfung zwischen Person und Umwelt wurde mit der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) von 2001 durch die World Health Organization (WHO) vorgebracht. Demnach liegt eine Behinderung vor, wenn „Schädigungen oder Abweichungen von anatomischen, psychischen oder physiologischen Körperstrukturen und –funktionen einer Person mit Barrieren in ihrer räumlichen und gesellschaftlichen Umwelt so zusammenwirken, dass eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft nicht möglich ist“ (WHO, 2001 in BMAS 2016) (Mehr zum ICF-Modell erfahren Sie in Modul B4).

Die UN-Behindertenrechtskonvention (2008) (BRK) hat dazu beigetragen, dass das soziale Modell nunmehr durch das **Menschenrechtsmodell** von Behinderung abgelöst wird (siehe auch Kapitel 3.7.3). Gemäß Degener & Decker (2019) haben nach diesem Modell Menschen mit Behinderung ein Anrecht auf alle Menschenrechte. Bei der Aus-

übung dieser Rechte müssen sie erforderlichenfalls Unterstützung erhalten. Nach dem Menschenrechtsmodell ist es verboten, Menschenrechte wie Freiheit, Gleichheit und Selbstbestimmung aufgrund einer Behinderung vorzuenthalten oder einzuschränken.

Im aktuellem Verständnis von Behinderung (gemäß der BRK und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS, 2016)), umfasst die Kategorie:

- körperliche Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen
- Sinnesbehinderungen (Blindheit, Gehörlosigkeit, Taubblindheit etc.)
- Sprachbehinderungen
- psychische Beeinträchtigungen
- Lernbehinderungen (aufgrund von Beeinträchtigung der Intelligenz, aber weniger ausgeprägt als bei sogen. geistiger Behinderung)
- sogenannte kognitive oder geistige Behinderungen (Menschen mit Lernschwierigkeiten)
- chronische Erkrankungen (darunter fallen Krankheiten, die andauern, für die es keine Heilung gibt und die mit erheblichen Beeinträchtigungen verbunden sein können, wie z.B. Multiple Sklerose, HIV, Depression, Krebs etc).

Menschen mit Behinderung sind eine sehr heterogene gesellschaftliche Gruppe mit unterschiedlichen Arten von Beeinträchtigungen, unterschiedlichem Alter und Geschlechtszugehörigkeit.

Nach dem „2. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ (2016) lebten im Jahr 2013 12,77 Mio. Menschen mit Behinderung in Deutschland. Dies ist ein Anteil von 15,8% der Gesamtbevölkerung. Zum Jahresende 2013 waren 50,3% der Menschen mit Behinderungen weiblich, 49,7 % entsprechend männlich. Zwischen 2005 und 2013 zeigte sich ein demografischer Zuwachs bei Menschen mit Behinderung von 16%. Dies hat mit dem demografischen Wandel zu tun: Behinderungen nehmen im Alter zu und durch höhere Lebenserwartung und Alterung der Gesellschaft wächst die Zahl der Menschen mit Behinderung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], 2016). Bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren haben 2 % eine Behinderung (davon 2,3% der Jungen und 1,6% der Mädchen). Bei 45-64-Jährigen beträgt der Anteil über 19,3%.

Bei den 65-79-Jährigen haben 34,8% eine Behinderung und bei Menschen ab 80 Jahren sind es 47,7% (BMAS, 2016).

Erkenntnisse zur Verteilung der Arten von Behinderung können nur durch die Daten über Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung gewonnen werden, und erfassen daher längst nicht alle Menschen mit Behinderungen in Deutschland.

Tabelle 2: Art von Behinderung im Jahr 2013

Art der Behinderung	Anzahl
Körperliche Behinderung	4,69 Mio.
Blindheit und Sehbehinderung	357 000
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	316 000
Psychische (seelische) Behinderung	546 000
kognitive bzw. geistige Behinderung (Menschen mit Lernschwierigkeiten)	299 000
Sonstige Behinderung	1,33 Mio
Insgesamt	7,54 Mio.

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von Daten aus BMAS (2016, S.46)

Schwerbehinderung liegt dann vor, wenn eine Person in ihren körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder in ihrer psychischen Gesundheit einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 haben. Der GdB wird zwischen 20 und 100 in Zehnerschritten eingestuft und durch zuständige Behörden bemessen. Nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch IX haben Betroffene Anspruch auf besonderen rechtlichen Schutz (z.B. besonderer Kündigungsschutz, Zusatzurlaub, frühere Altersrente etc.) und auf Nachteilsausgleiche. Doch längst nicht alle Personen, die auf die Einstufung als Menschen mit Schwerbehinderung Anspruch hätten, stellen dazu Anträge (BMAS, 2016).

Menschen mit Behinderung sind stärker von Armutsrisiken betroffen als Menschen ohne Behinderung. Wenn Behinderungen angeboren sind oder bereits im frühen Lebensalter eintreten, können die Chancen zu schulischer und beruflicher Ausbildung und beruflicher Entwicklung

stark eingeschränkt sein und dadurch den Einkommenserwerb deutlich begrenzen.

3.4.2 Gesundheitsstatus von Menschen mit Behinderung

Behinderung oder Beeinträchtigung sind nicht mit „Krankheit“ identisch, denn auch relativ unabhängig von ihrer Beeinträchtigung können sich Menschen mit Behinderung gesund fühlen, je nach körperlichem Allgemeinzustand, psychischem Wohlergehen und dem Grad ihrer sozialen Teilhabe an der Gesellschaft. Gleichzeitig gibt es enge Verbindungen zwischen Beeinträchtigungen und Krankheit, weil sie sehr oft durch Krankheiten entstanden sind.

Insgesamt ist die Datenlage zum Gesundheitsstatus bei Menschen mit Behinderung mangelhaft – es existiert für sie keine systematische Gesundheitsberichterstattung.

Der 2. Teilhabebericht nennt Daten aus dem Jahr 2014, die deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung zur Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustands zeigen: 52% der Menschen mit Behinderung schätzen ihre gesundheitliche Verfassung als weniger gut oder schlecht ein, im Vergleich zu 9% der Menschen ohne Behinderung. Ihr psychisches Wohlbefinden schätzen 39% der Menschen mit Behinderung als gut bis sehr gut ein, gegenüber 56% von Menschen ohne Behinderung (BMAS, 2016).

Außerdem liegen in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung bzw. **Menschen mit Lernschwierigkeiten** einige Erkenntnisse vor. Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass viele Betroffene es vorziehen, sich als Menschen mit Lernschwierigkeiten zu definieren, weil sie den Begriff „geistige Behinderung“ als stigmatisierend empfinden. Mit dieser Selbstdefinition will etwa der Verein „Mensch Zuerst“ ausdrücken, dass sie Menschen sind, die häufig verlangsamt lernen oder sich anders ausdrücken, aber dass sie lernfähig sind (siehe <http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/was-tun-wir/kampf-gegen-den-begriff-geistig-behindert.php>). Hier folge ich der Selbstdefinition von „Mensch Zuerst“.

Für Deutschland wird geschätzt, dass der Anteil von Menschen mit Lernschwierigkeiten einschließlich aller Altersgruppen gemessen an der Gesamtbevölkerung 0,7% ausmacht (Metzler et al., 2013 in Bössing et al. 2019). Menschen mit Lernschwierigkeiten und einem Schwerbehin-



derer haben oft zusätzliche körperliche Beeinträchtigungen wie Cerebralpareesen, Seh- und Hörstörungen, orthopädische Erkrankungen, psychische Erkrankungen wie Depression oder eine Autismusspektrumsstörung (Mau et al., 2015). Häufig steht die Beeinträchtigung so stark im Vordergrund, dass Ärzt_innen davon unabhängige somatische Erkrankungen nicht erkennen (Havemann & Stöppler, 2014). Hasseler (2014) konstatiert, dass diagnostische Untersuchungen oft unzureichend sind, um die gesundheitlichen Bedarfe von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu erkennen; daraus folgt oft eine inadäquate Behandlung.

Der Anteil älterer Menschen mit Lernschwierigkeiten wird aufgrund der demografischen Entwicklung und gestiegenen Lebenserwartung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark ansteigen. Mit zunehmendem Alter ist das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen wie „(...) Seh- und Hörprobleme, Adipositas, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Atem- und Verdauungstraktes, psychische Erkrankungen und Demenz (...)“ erhöht (Bössing et al., 2019, S. 55).

Die Mundgesundheit ist bei Menschen mit Lernschwierigkeiten schlechter als bei Menschen ohne Behinderung; sie haben ein erhöhtes Risiko für fehlende oder erkrankte Zähne und einen niedrigeren zahnmedizinischen Sanierungsgrad (Havemann & Stöppler, 2014). Menschen mit Lernschwierigkeiten leiden außerdem häufig unter Adipositas aufgrund von Bewegungsmangel.

In Bezug auf Präventionsmaßnahmen und gesundheitliche Vorsorge kommt Hasseler (2014) auf der Grundlage systematischer Literaturrecherchen zu dem Schluss, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten und mehrfachen Behinderungen seltener und unregelmäßiger an Vorsorgeuntersuchungen wie Brustkrebsscreening, Mammografien und Gesundheits-Check-ups teilnehmen.

3.4.3 Zugangsbarrieren und Herausforderungen

Fehlende Barrierefreiheit für Einrichtungen im Gesundheitswesen

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für Menschen mit Behinderung oft nicht barrierefrei. Doch Barrierefreiheit ist die Voraussetzung dafür, dass sie Angebote der Gesundheitsvorsorge und Therapie nutzen können. Bislang gibt es kaum Daten über den Stand der Barriere-

freiheit im Gesundheitswesen. Insbesondere ist noch unbekannt, inwieweit Krankenhäuser ihre gesundheitlichen Angebote barrierefrei zugänglich machen (BMAS, 2016). Eine Befragung des Projekts „Barrierefreie Arztpraxis“ der Stiftung Gesundheit zeigte, dass nur 11% der befragten niedergelassenen Arzt- und Psychotherapiepraxen mindestens 3 von insgesamt 12 Kriterien der Barrierefreiheit erfüllen (z.B. barrierefreier, treppenfreier Zugang, barrierefreie Räumlichkeiten inkl. Leitsysteme für sehbehinderte Menschen, barrierefreies WC, siehe <http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/barrierefreiheit-in-der-arztpraxis/aspekte-der-barrierefreiheit.html>). In Deutschland gibt es bisher keine flächendeckende Versorgung durch barrierefreie Arztpraxen; in Städten sind einige vorhanden, kaum jedoch in ländlichen Regionen. (<https://www.arzt-auskunft.de/de/alles-ueber-die-arzt-auskunft/barrierefreie-praxis.htm>). Durch den Mangel an barrierefreien Praxen ist die freie Arzt- bzw. Psychotherapeut_innenwahl für Menschen mit Behinderung eingeschränkt.



Schauen Sie bitte das Video von der Paralympics-Siegerin Daniela Schulte über die Bedeutung von barrierefreien Arztpraxen an. <https://www.stiftung-gesundheit.de/stiftung/projekte-zur-barrierefreiheit.htm> (Abspielzeit 01:01 min.)



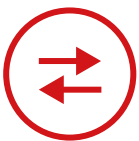
e-tivity 7:

1. Schauen Sie sich die über den nachfolgenden Link zugänglichen Kriterienkataloge für Barrierefreiheit an und gleichen Sie diese mit den Gegebenheiten an Ihrem Arbeitsplatz / in Ihrer Klinik oder Einrichtung ab.

<http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/barrierefreiheit-in-der-arztpraxis/aspekte-der-barrierefreiheit.html>.

2. Schreiben Sie Ihre stichwortartige Analyse auf und laden Sie diese im Forum hoch.

3. Tauschen Sie sich über die Ergebnisse im Forum aus, indem Sie mindestens einem anderen Beitrag ein Feedback geben.



Mangel an barrierefreier Kommunikation und fehlende Expertise im Umgang mit Menschen mit Behinderung

Damit Menschen mit Behinderung ihr Recht auf gleichwertige gesundheitliche Behandlung ausüben können, muss auch bei ihnen die Behandlung aufgrund freier Einwilligung und vorheriger Aufklärung erfolgen. Dies ist jedoch nur mit einer barrierefreien Kommunikation zwischen den Behandelnden bzw. Pflegenden und den Patient_innen mit Behinderung möglich. Hörbehinderte Menschen haben bei gesundheitlichen Untersuchungen und Behandlungen nach dem Sozialgesetzbuch Anspruch auf Gebärdensprachdolmetscher_innen. Menschen mit Lernschwierigkeiten benötigen oft schriftliche und mündliche Informationen in **leichter Sprache**. Bisher gibt es keine Informationen darüber, wie viele Arzt- und Therapiepraxen in leichter Sprache schriftliche Informationen vorhalten oder in leichter Sprache kommunizieren.

Menschen mit Lernschwierigkeiten und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zeigen oft eine **andere Symptomatik** als Menschen ohne Behinderung, was Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie haben kann. Teilweise nehmen sie Schmerzen anders wahr und können ihr Schmerzempfinden dem Gesundheitspersonal nur schwer vermitteln. Auch können Patient_innen mit diesen Behinderungen auf Stress anders reagieren als Menschen ohne Behinderung. Ebenso zeigen Menschen mit Behinderungen aus dem Autismus-Spektrum Besonderheiten im Denken und in der Kommunikation (BMAS, 2016). Fehlendes Wissen und Erfahrung über behinderungsspezifische Erkrankungen,

veränderte Symptome und atypische Verlaufsformen bei Erkrankungen führen darüber hinaus zu einer erschwerten Diagnostik (Bössing et al., 2019).

Der 2. Teilhabebericht empfiehlt, dass Vertreter_innen der Gesundheitsberufe Fortbildungen in Umgang und Kommunikation mit Patient_innen mit Behinderung erhalten. Auch in den Ausbildungscurricula für Ärzt_innen, Pflegende und anderer Heilberufe sollte das Thema verbindlich integriert werden. Die „Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ hat ein Fortbildungscurriculum für bereits praktizierende Ärzt_innen entwickelt, das von der Bundesärztekammer anerkannt wurde (Mau et al., 2015). Noch gibt es keine Informationen darüber, wie häufig diese Art von Fortbildungen in Anspruch genommen wird.

Ähnlich wie bei Patient_innen mit Migrationshintergrund kann die Kommunikation und Behandlung von Patient_innen mit Behinderung mehr Zeit in Anspruch nehmen. Leider gibt es bisher für Behandelnde keine Möglichkeit, den erhöhten Zeitaufwand abzurechnen, was für sie finanzielle Verluste bedeutet.

Fehlende Assistenz bei Krankenhausaufenthalten

Bei stationären Klinikbehandlungen ist der Anspruch auf eine Assistenzkraft für Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend gewährleistet. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder mit Lernschwierigkeiten sind besonders vulnerable Gruppen in der Krankenhausversorgung. Denn sie sind in ungewohnter Umgebung und besonders in medizinischen Notsituationen oft auf Unterstützung angewiesen, vor allem im Bereich der Kommunikation (BMAS, 2016). Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ILS) hat 2015 eine Befragung von Menschen mit Behinderung dazu durchgeführt, wie sie ihren Krankenhausaufenthalt erlebt haben. Dabei wurde deutlich, dass viele Menschen mit Behinderung sich vom Krankenhauspersonal nicht würdevoll behandelt fühlten und sich oft nicht als Expert_innen in eigener Sache ernst genommen fühlten. Eine weitere Kernaussage war, dass Menschen mit Behinderung wegen Kommunikationsschwierigkeiten und den Problemen des Krankenhauspersonals, ihre Bedürfnisse zu erkennen und darauf reagieren zu können, einen Krankenhausaufenthalt oft so lange wie möglich hinausschieben, was wiederum zu lebensgefährlichen Situationen führen kann (ILS, 2015).

Barrieren im Zugang zu Prävention und effektiver Rehabilitation

Bisher gibt es kaum Daten dazu, inwieweit Menschen mit Lernschwierigkeiten von Präventionsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen profitieren; der 2. Teilhabebericht geht davon aus, dass Menschen mit Behinderung kaum erreicht werden, wenn sie „besondere Kommunikationsbedürfnisse“ haben (BMAS, 2016).

Bössing et al. (2019) kritisieren die fehlende Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Menschen mit Behinderung und speziell Menschen mit Lernschwierigkeiten (wie z.B. Aufklärung über gesunde Ernährung und Bewegung).

Auch der Zugang zu medizinischer Rehabilitation wird als unzureichend beschrieben. Menschen mit Behinderung brauchen ein sehr individualisiertes Rehabilitationsprogramm mit erhöhtem Personalaufwand. Solche Angebote werden jedoch nicht überall bereitgestellt und es fehlt an der Finanzierung für Begleit- und Assistenzpersonen (Schmidt-Ohlemann, 2017; in Bössing et. al., 2019). Außerdem ist für einen Teil der Menschen mit chronischen Erkrankungen die zeitliche Begrenzung von ambulanter oder stationärer Rehabilitation problematisch, da für sie Therapien oft effektiver sind, wenn sie über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden (BMAS, 2016).

„Barrieren im Kopf“

Der wissenschaftliche Beirat zum Kapitel über Gesundheit des 2. Teilhabeberichts nennt als Zugangshürde auch die „Barrieren im Kopf“, die viele Repräsentant_innen der Gesundheitsberufe haben, wenn es um den Umgang mit Patient_innen mit Behinderung geht (BMAS, 2016:345).

Oft führen Unsicherheit und Unwissen dazu, dass medizinisches und therapeutisches Personal Berührungspunkte im Umgang mit Patient_innen mit Behinderungen hat und den Kontakt meidet. Teilweise treten aber auch behindertenfeindliche Einstellungen (Ableismus) auf (vergl. Kapitel 3.2.2).



e-tivity 8: optional

Bitte reflektieren Sie folgende Fragen und schreiben Sie dazu Stichworte im E-Portfolio auf:

- a) Welche Bilder, Assoziationen oder Begebenheiten kommen Ihnen in den Sinn, wenn Sie an Menschen mit Behinderung denken?
- b) Wie erleben Sie sich im Kontakt mit Menschen mit Behinderung?
- c) Wie ist der Umgang mit Patient_innen mit Behinderung in Ihrem Berufsalltag?
- d) Wo sehen Sie aus eigener Erfahrung besondere Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung?

Die Beantwortung dieser Fragen ist nur für Sie selbst bestimmt.

Die bestehenden Barrieren für Menschen mit Behinderung zeigen, dass die Situation im deutschen Gesundheitswesen noch weit von den Forderungen im Gesundheits-Artikel § 25 der UN-Behindertenrechtskonvention entfernt ist (vergl. Kapitel 3.7.3).

Bössing et al. (2019, S. 77) kritisieren treffend „(...) dass das Gesundheitssystem in seiner Ausgestaltung hochgradig voraussetzungsvoll ist, was insbesondere den Zugang zu Gesundheitsinformationen betrifft.“ Das bedeutet, dass Menschen in unserem Gesundheitssystem einen sehr hohen Grad an „**health literacy**“ haben müssen. „health literacy“, auch als „**Gesundheitskompetenz**“ bekannt, umfasst kognitive und soziale Fähigkeiten, um Informationen zu finden und zu verstehen sowie Motivation und Handlungskompetenz (vergl. Schaeffer et al., 2016). Viele Mitglieder vulnerabler gesellschaftlicher Gruppen wie Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Lernschwierigkeiten, chronisch kranke und ältere Menschen haben häufig eine eingeschränkte „health literacy“, sodass sie sich nicht ausreichend selbstbestimmt und informiert durch das Gesundheitssystem bewegen können und mit diversen Zugangsbarrieren zu kämpfen haben.



Weiterführende Links:

<https://www.arzt-auskunft.de/de/alles-ueber-die-arzt-auskunft/barrierefreie-praxis.htm> (Projekt „Barrierefreie Arztpraxis“)



<http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/was-tun-wir/kampf-gegen-den-begriff-geistig-behindert.php> (zur Selbstbezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“)

<https://www.leichte-sprache.org/> (Netzwerk zur Verbreitung von leichter Sprache, Erstellung und Übersetzung von Texten in leichte Sprache)

<https://dgmgb.de/> (Webseite der Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung)



Hier zwei Lesetipps für Ihre Freizeit: Der Roman „Fuchsteufelsstill“ ist von einer Autorin mit Asperger Syndrom (eine Form des Autismus) geschrieben und zeichnet ein feines Bild von dem Leben und Erleben einer jungen Frau mit dieser Störung. Der Roman „Supergute Tage oder Die sonderbare Welt des Christopher Boone“ handelt von einem 15-jährigen Jungen mit der gleichen Störung und wie er die Welt sieht.

- Finnik, Niah (2017): Fuchsteufelsstill. Berlin: Ullstein
- Haddon, Mark (2005): Supergute Tage oder Die sonderbare Welt des Christopher Boone. München: Goldmann

3.5 Sexuelle Orientierung / Identität und Gesundheit

In diesem Kapitel geht es um gesundheitliche Aspekte und Zugangsbarrieren bei Menschen **ohne** heterosexuelle Orientierung bzw. Identität. Dabei handelt es sich um **Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans* und intergeschlechtliche Menschen**; sie werden meist durch das Kürzel **LGBTIQ** repräsentiert.

3.5.1 Begrifflichkeiten

Das Kürzel LGBTIQ stammt aus dem Englischen; L steht für Lesben, G steht für Gay (Schwul), und B ist der Buchstabe für Bisexuelle. Bei L, G und B geht es um die sexuelle Orientierung, also wen man liebt. Bei T und I geht es dagegen um die geschlechtliche Identität, also wer man ist (soziale Geschlechterrolle). Das T ist die Abkürzung für Trans, also Menschen, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das in ihrer Geburtsurkunde steht. Der Buchstabe I steht für intergeschlechtliche Menschen, die biologisch weder eindeutig ein Mann oder eine Frau sind (sie haben häufig sowohl einen Penis als auch eine Vulva). Das Q am Schluss steht für queer und schließt alle Menschen ein, deren sexuelle oder geschlechtliche Orientierung von der „normalen“ gesellschaftlichen Norm abweicht. Eine bisexuelle Frau ist also genauso queer wie ein Trans-Mann.

Oft wird Trans mit einem Sternchen dargestellt, also Trans*. Das Sternchen * drückt die Vielfalt möglicher sexueller Orientierungen, Genderidentitäten und Selbstbezeichnungen aus. Es soll verhindern, dass Menschen sich in starre Schubladen gepresst fühlen. Als Trans* Menschen bezeichnen sich Personen, „(...) die sich dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht, nicht mehr oder zeitweilig nicht zuordnen können oder wollen (vergl. Definition des Bundesverbands Trans*, 2016). Seltener wird auch das Kürzel LGBTQIA+ verwendet, um weitere sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten einzubeziehen, wie intersexuelle und asexuelle Personen etc..

Der Begriff **Gender** stammt auch aus dem Englischen und bezeichnet gesellschaftlich konstruierte Geschlechterrollen sowie die subjektiv erlebte Art der eigenen Geschlechtsrolle und –identität. Im Gegensatz dazu bezieht sich **Sex** auf die biologischen und physiologischen Eigen-



schaften von Männern, Frauen und intersexuellen Menschen. **Sexuelle Orientierung** bezeichnet das Interesse einer Person an anderen Personen als potenziellen sexuellen Partner_innen. Wenn z.B. ein Mann sagt: „Ich fühle mich sexuell zu Männern hingezogen“, hat er eine homosexuelle Orientierung. **Sexuelle Identität** geht über den Begriff sexuelle Orientierung hinaus. Sexuelle Identität bezieht sich auf das Individuum selbst und drückt den Teil seiner Identität aus, der auf seiner sexuellen Orientierung basiert, z.B. wenn jemand sagt: „Ich bin eine Lesbe“ oder „ich bin transgender“.



Website zu Begriffen wie cis-gender, queer, transgender etc.
<https://www.news.at/a/sexuelle-orientierung-homo-queer-drag-was-8184712>

3.5.2 Datenlage



Wie viele LGBT* Menschen genau in Deutschland leben, ist bislang noch nicht erfasst worden. In westlichen Staaten wird von ca. 5% der Bevölkerung als lesbisch oder schwul lebend ausgegangen. Ein höherer Prozentsatz hat schon mal im Leben sexuelle Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen Partner_innen gemacht oder war in ein gleichgeschlechtliches Gegenüber verliebt (Wolf, 2010).

Der Mikrozensus des Statistischen Bundesamts bietet lediglich die Möglichkeit, die Anzahl der gleichgeschlechtlichen Paare in einem gemeinsamen Haushalt zu schätzen. Im Jahr 2016 gab es demnach ca. 95 000 gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften. Nach dem Familienreport 2017 leben in Deutschland ca. 78.000 gleichgeschlechtliche Paare zusammen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2017). Es wird jedoch noch von weit mehr zusammenlebenden gleichgeschlechtlichen Paaren ausgegangen, die keine freiwilligen Angaben gemacht haben. Auch werden diejenigen LGBT* Menschen nicht berücksichtigt, die nicht zusammen in einem Haushalt leben oder keine feste Partnerschaft haben.

Eine offizielle Gesundheitsberichterstattung zu LGBT*-Menschen gibt es in Deutschland bisher nicht. Zurzeit gibt es lediglich vereinzelte Studien zu unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themen in Bezug auf LGBT* Menschen.

3.5.3 Gesundheitliche Aspekte, Barrieren in der Gesundheitsversorgung

Studien aus den USA verweisen auf spezifische Defizite in der Gesundheitsversorgung von LGBT* Menschen. So zeigt sich für lesbische und bisexuelle Frauen eine geringere Inanspruchnahme an gynäkologischen Krebsfrühererkennungsuntersuchungen und ein Hinauszögern von Arztbesuchen bei körperlichen Beschwerden (Dennert & Wolf, 2009). Als Zugangsbarrieren wurden Vorurteile, Diskriminierungen und Mangel an Fachwissen auf Seiten der Ärzt_innen identifiziert. In Deutschland gibt es noch sehr wenige Studien zur Versorgungssituation von LGBT* Menschen. Dennert & Wolf (2009) fordern daher, sexuelle Identität als Determinante von Gesundheit und Inanspruchnahme des Versorgungssystems noch besser zu erforschen.

In eigenen Forschungen von Dennert & Wolf (2009) zur Gesundheitsversorgung von Lesben und bisexuellen Frauen in Deutschland zeigt sich ein ähnliches Bild wie in den USA: Bei einer Befragung von 578 lesbischen und bisexuellen Frauen gaben 50% an, aufgrund ihrer sexuellen Identität negative Erfahrungen mit Ärzt_innen gemacht zu haben, und zwar in Form von abwertendem Verhalten ihnen gegenüber, mangelnder Aufklärung, Ignoranz ihrer sexuellen Identität oder Gewalterfahrungen. 20% von ihnen sagten aus, dass sie ihre sexuelle Identität aus Sorge vor Diskriminierung nicht offenlegen würden. Die Studie zeigte, dass ein Nicht-Outing im gynäkologischen Bereich jedoch häufig zu fehlerhaften Differenzialdiagnosen und Therapieempfehlungen führt (Dennert & Wolf, 2009). Die Studien von Dennert & Wolf (2009) machten auch deutlich, dass manche Ärzt_innen das Beisein der Lebenspartnerin der Patientin in Beratungsgesprächen nicht akzeptierten. Andere Frauen berichteten von einer verschlechterten oder gar groben Behandlung durch Ärzt_innen nach ihrem Outing. In Psychotherapien erfuhren Lesben und bisexuelle Frauen häufig eine Psychopathologisierung aufgrund ihrer sexuellen Identität, obwohl Homosexualität im Jahr 1991 als Krankheitsdiagnose aus dem ICD 10 (Internationales Klassifikationssystem der WHO) entfernt wurde. Auch erlebten sie durch Psychotherapeut_innen häufig eine Abwertung ihrer Beziehungen und den Versuch der Verhinderung ihres Coming Outs (Dennert & Wolf, 2009).

Insgesamt weist Wolf (2010) auf ein weit verbreitetes Festhalten an einem rein heterosexuellen Bezugssystem der Behandelnden hin, was zu falschen Annahmen über den Beziehungsstatus von Patient_innen führt.

ren kann. Ebenso ist mangelnde Fachkompetenz im Umgang mit LGBT* Patient_innen zu beklagen. Es zeigt sich eine Unterversorgung von LGBT* Menschen mit akzeptierenden, aufgeschlossenen Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen, insbesondere in ländlichen Regionen (Dennert & Wolf 2009).

LGBT* Menschen nehmen relativ häufig Psychotherapie in Anspruch. Der Bedarf ist erklärbar mit einer erhöhten Prävalenz an Symptomen, die mit Stressbelastung zusammenhängen: Angststörungen, Depressionen, selbstschädigender Substanzgebrauch und Suizidalität (Wolf, 2016). Als wichtiger Grund dafür wird **Minority Stress** (Minderheitenstress) genannt. Nach dem Minority Stress Modell von Meyer (1995) sind Menschen besonderen Stressoren ausgesetzt, wenn sie einer gesellschaftlich stigmatisierten Minderheit angehören und dadurch tagtäglich Diskriminierungen, Marginalisierung und Gewalt ausgesetzt sind. Psychischer Stress entsteht sowohl durch tatsächlich erlebte Diskriminierungen als auch durch erwartete Benachteiligungen. Auch die Internalisierung gesellschaftlicher Abwertung von Homosexualität, Selbstabwertung oder Selbsthass gehört zum Minderheitenstress. Eine Studie der New York University School of Medicine zeigte 2018, dass Schwule, Lesben und bisexuelle Menschen besonders stark von der Opioid-Krise in den USA betroffen sind. Auswertungen der Daten von 43.000 Menschen, die 2015 an dem „National Survey on Drug Use and Health“ teilnahmen, ergaben folgendes Bild: 8,6% von Schwulen und Lesben hatten innerhalb eines Jahres starke Schmerz- und Betäubungsmittel auf missbräuchliche Weise eingenommen, im Vergleich zu 4,5% der heterosexuellen Befragten. Bei bisexuellen Personen lag der Wert sogar bei 12%, wobei mehr bisexuelle Frauen als Männer davon betroffen waren. Dieser erhöhte Schmerzmittelmissbrauch wird in der Studie interpretiert als Bewältigungsstrategie im Umgang mit Minority Stress und der ständigen Befürchtung, Diskriminierung, Beleidigungen, Hass und Gewalt zu erfahren. Bisexuelle Frauen scheinen nach der Studie besonders stark unter Minderheitenstress zu leiden, da sie weder ganz zu heterosexuellen noch zu lesbischen Kreisen gehören und von beiden Kreisen Ausgrenzungen erfahren (Schindler, 2018, in TAZ vom 21.11.2018).

Wolf (2016) weist darauf hin, dass gerade wenn LGBT* Menschen aufgrund ihrer Stigmatisierung mehr Psychotherapie benötigen, es umso schwerwiegender ist, wenn viele von ihnen mit Psychotherapeut_innen konfrontiert sind, die selbst Vorurteile und mangelndes Fachwissen im Umgang mit LGBT* Klient_innen haben.



Daher hat der Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP e.V.) im Jahr 2015 „Leitlinien für Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen“ erarbeitet.

Siehe https://www.vlsp.de/files/pdf/vpp1-15_s2_empfehlungen.pdf



Sehen Sie sich das Video an: „Heimliche Liebe? Diskriminierung Homosexueller“. Panorama 3, NDR (Abspielzeit 4:39 min.)

<https://www.youtube.com/watch?v=J0osl2hGnkQ>

Unter LGBT* Menschen sind insbesondere **Trans* Menschen** von Barrieren in der Gesundheitsversorgung betroffen. In der Definition von „Trans* Menschen“ folge ich dem Bundesverband Trans* (2017), der darunter Personen mit transsexueller, transidenter, transgender oder nicht-binärer Geschlechtsidentität etc. versteht. Unter diese Begriffe fallen Menschen, deren geschlechtliches Empfinden nicht mit dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Der Bundesverband Trans* (BVT*) weist darauf hin, dass der Begriff „Transsexualität“ von der Sexualmedizin und Psychiatrie geprägt wurde und im ICD 10 als Geschlechtsidentitätsstörung („Transsexualismus“) gelistet ist. Als Hauptkriterien der Störung werden genannt: Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden; das Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht; der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht anzugleichen.

Die Einordnung als psychische Störung wird von vielen Trans* Menschen als stigmatisierend empfunden, da sie sich selbst nicht als krank empfinden und ggf. keine oder nicht alle medizinischen Maßnahmen für eine Geschlechtsangleichung in Anspruch nehmen wollen. Der BVT* kritisiert darüber hinaus, dass der Begriff „Transsexualität“ **nicht-binäre Identitäten** unberücksichtigt lasse, die sich nicht (ausschließlich) männlich oder weiblich fühlen.



In einigen Studien wurde festgestellt, dass Trans* Menschen besonders anfällig für einen schlechten physischen und psychischen Gesundheitszustand und für Suizidalität sind (Karsay 2017). Transgender Europe (TGEU), der größte europäische Transgender-Dachverband, hat 2016 und 2017 Studien in fünf europäischen Ländern (Georgien, Polen, Serbien, Spanien, Schweden) durchgeführt, um die Erfahrungen von Trans* Menschen im Gesundheitswesen zu erforschen. Dabei zeigte sich, dass unter Trans* Menschen Personen mit einer nicht-binären

Geschlechtsidentität das höchste Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit hatten, weil sie in der Gesellschaft keine Akzeptanz ihrer Nicht-Binarität erfahren (Karsay, 2017; TGEU, 2017). Die Studien von TGEU zeigten weiterhin, dass Vertreter_innen von Gesundheitsdiensten die individuelle Geschlechtsidentität von Trans* Menschen ignorierten, sie nicht ernst nahmen, beschimpften oder gar die Behandlung verweigerten. 50% der befragten Trans* Menschen gaben an, dass sie aufgrund ihrer Geschlechtsidentität den Arztbesuch hinauszögern, und bei Personen mit einer nicht-binären Identität kannten 80% keine transgender-freundlichen Ärzt_innen (Karsay, 2017; TGEU, 2017).

Die European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) kam 2014 in der Studie „Being trans in the European Union“ zu dem Ergebnis, dass 26% der Studienteilnehmenden aus Deutschland in den letzten 12 Monaten Diskriminierungen im Gesundheitswesen erlebt hatten. Erhebungen aus dem Land Niedersachsen zeigen, dass Trans* Menschen sich in Bezug auf ihr Geschlecht im Gesundheitssystem nicht respektvoll behandelt fühlten. Beispielsweise wurde ihnen in Kliniken betont ein Einzelzimmer zugewiesen (nach dem Motto „**Sie** müssen ja ein Einzelzimmer haben“), oder eine Trans*Frau (Person mit biologisch männlichem Geschlecht, die sich weiblich fühlt) wurde trotz ihrer Einwände in ein Zimmer mit „biologischen“ Männern gelegt (Plötz & Zacharias, 2015).

Trans* Menschen in Deutschland können eine körperliche Geschlechtsangleichung durch hormonelle und/oder chirurgische Behandlungen auf Kosten der Krankenkassen/Private Krankenversicherung durchführen lassen, wenn bei ihnen die Diagnose „Transsexualismus“ gestellt wurde. Der BVT* kritisiert, dass die Standards und Diagnostik dafür veraltet sind und einer individualisierten Gesundheitsversorgung widersprechen. Insbesondere die Psychopathologisierung, starre Behandlungsschemata und die verpflichtende Psychotherapie werden kritisiert (BVT*, 2017). Auch die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS, siehe auch Kapitel 3.7) forderte bereits im Jahr 2015 die Entpsychopathologisierung von Trans* Menschen (ADS, 2015).

Der BVT* bemängelt außerdem das medizinische Verständnis von „Komorbiditäten“, nach dem „Transsexualismus“ meist von zusätzlichen Krankheiten (wie Depression, Suizidalität etc.) begleitet werde. Nach dem BVT* geht es hier nicht einfach um zusätzlich vorkommende Krankheiten, sondern um Symptomatiken, deren Ursache in der Stigmatisierung von Trans* Menschen und im Minderheitenstress durch das

Aufwachsen und Leben in einer strikt binär-geschlechtlichen Gesellschaft zu suchen sind.

Um die Barrieren im Zugang und während der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch LGBT* Menschen abzubauen, fordert Wolf (2010; 2016), in den Ausbildungscurricula sowie in Fort- und Weiterbildungen von Ärzt_innen, Psycholog_innen, Psychotherapeut_innen und anderen Gesundheitsberufen Fachwissen über sexuelle Orientierungen und Identitäten und Kompetenzen im Umgang mit LGBT*-Patient_innen zu vermitteln. Dazu gehört auch Selbstreflexion über die eigene Geschlechtsidentität, den eigenen Umgang mit LGBT* Menschen und das Erkennen von gesundheitlichen Risiken durch soziale Stigmatisierung. Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen sollten aufhören, Homo-, Bi- und Transsexualität als Ausdruck psychischer Krankheit zu betrachten, sich über die Lebensweise von LGBT* Menschen informieren und sich mit Hilfe- und Beratungsangeboten im Bereich LGBT* in ihrer Nähe vertraut machen, um sie an ihre LGBT* Patient_innen weiterempfehlen zu können. Ein interessantes Projekt in diesem Zusammenhang ist „Praxis Vielfalt“ der Deutschen Aidshilfe.

Das Projekt „Praxis Vielfalt“ der Deutschen AIDS-Hilfe hat ein Gütesiegel für Arztpraxen entwickelt, um eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für LGBT* Patient_innen und HIV-Positive zu fördern. Um das Gütesiegel zu erhalten, muss eine Arztpraxis einen Zertifizierungsprozess durchlaufen, in dem Praxisteams durch E-learning und Seminare geschult werden.



e-tivity 9:

- 1.) Schauen Sie das Video zum Projekt „Praxis Vielfalt“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (Abspielzeit 8:32) an. <https://www.praxis-vielfalt.de/>
- 2.) Lesen Sie auf <https://www.praxis-vielfalt.de/was-leistet-das-guetesiegel> alle Inhalte durch (-Was leistet das PRAXIS VIELFALT Gütesiegel? –Wie funktioniert der Zertifikationsprozess? –Materialien und Methoden).
- 3.) Beantworten Sie folgende Fragen in Einzelarbeit:
 - a) Wie finden Sie das Projekt?
 - b) Können Sie sich vorstellen, in einer Arztpraxis, Klinik, Physio-, Ergo-, Logopädie-Praxis etc. zu arbeiten, die das Gütesiegel erworben hat?
 - c) Würden Sie Ihre Vorgesetzten/Arbeitgeber_innen auf das Gütesiegel aufmerksam machen und darum bitten, es für die Arztpraxis oder Klinik zu erwerben, bzw. es für die Physio-, Ergo-, Logopädie-Praxis etc anzupassen? Was spräche dafür, welche Hürden sehen Sie?
- 4.) Tauschen Sie sich darüber aus; achten Sie darauf, welche Punkte Sie aus Ihrer Selbstreflexion mitteilen wollen und welche nicht.
- 5.) Stellen Sie die Diskussionsergebnisse Ihrer Gruppe im Forum für alle ein.



Links zur Vertiefung:



Video Intersexuell, Transsexuell, Transgender – Wandel der Geschlechterrollen. MDR um 4 (Abspielzeit 15:23 min.)

<https://www.youtube.com/watch?v=pzjZxfcAbe4>



Video Trailer zum Film „The Danish Girl“ (2015)

<https://www.youtube.com/watch?v=pzjZxfcAbe4>



Website des Lesben- und Schwulenverbands Deutschland

<https://www.lsvd.de/>

3.6 Intersektionalität

Der Begriff **Intersektionalität** ist die deutsche Übersetzung des 1989 von der US-amerikanischen Juristin Kimberlé Crenshaw eingeführten Begriffs **intersectionality**. In diesem Wort steckt das englische Wort **intersection** für Straßenkreuzung, Schnittpunkt. Damit wollte Crenshaw die spezifischen Diskriminierungserfahrungen von schwarzen Frauen erfassen. Sie argumentierte, dass schwarze Frauen anders als weiße Frauen nicht nur als Frauen benachteiligt werden, sondern auch als Schwarze. Sie werden aber nicht wie schwarze Männer diskriminiert, sondern als Frauen **und** Schwarze. Crenshaw betonte, dass schwarze Frauen somit häufig ein sehr spezifisches Zusammenwirken von Benachteiligungen, eine Verwobenheit von Rassismus und Sexismus, erleben.

Von intersektioneller Diskriminierung wird demnach gesprochen, wenn ein Mensch aufgrund verschiedener zusammenwirkender Persönlichkeitsmerkmale wie Geschlecht, ethnische Herkunft, Hautfarbe, Alter, Behinderung etc. Opfer von Diskriminierung wird (Gummich, 2004).

Historisch kann der Intersektionalität-Ansatz in der Frauen- und Geschlechterforschung der 1970er und 1980er Jahre verortet werden, insbesondere in feministische Debatten zwischen verschiedenen Frauenbewegungen, die Differenzen zwischen Frauen thematisierten (vor allem zwischen weißen Frauen und schwarzen Frauen) (Walgenbach, 2017, S. 56). Walgenbach (2012, S. 81) beschreibt den Intersektionalität-Ansatz folgendermaßen:

„Unter Intersektionalität wird (...) verstanden, dass soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘ (intersections) analysiert werden müssen. Additive Perspektiven sollen überwunden werden, indem der Fokus auf das gleichzeitige Zusammenwirken von sozialen Ungleichheiten gelegt wird. Es geht demnach nicht allein um die Berücksichtigung mehrerer sozialer Kategorien, sondern ebenfalls um die Analyse ihrer Wechselwirkungen.“ (Hervorhebungen durch Walgenbach, 2012, S. 81).

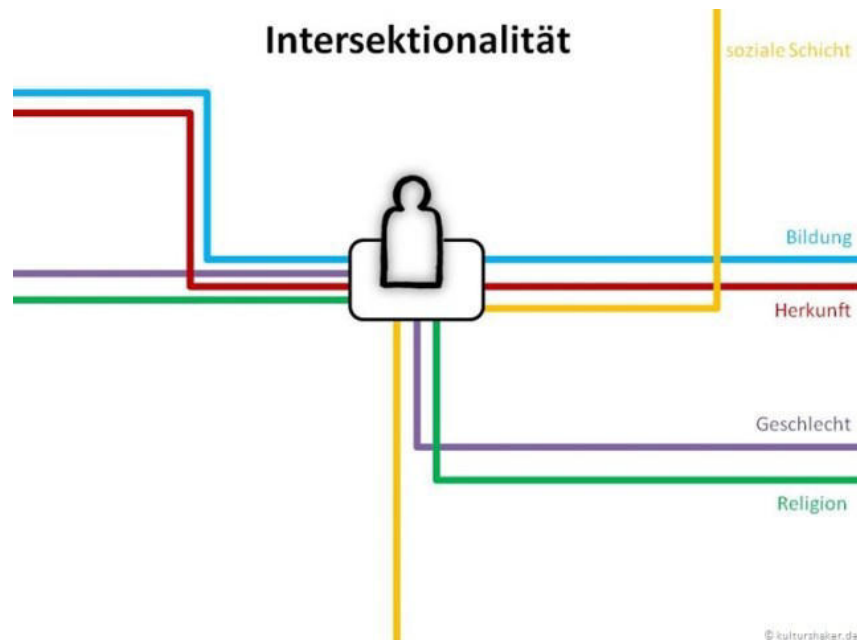
Der Ansatz von Intersektionalität kritisiert also einen rein aufzählenden, additiven Umgang mit sozialen Kategorien, wie in den Begriffen „Doppeldiskriminierung“ oder „Mehrfachdiskriminierung“ deutlich wird. Walgenbach stellt dagegen, dass man „(...) nicht als Türkin plus als Mäd-



chen diskriminiert [wird], sondern als *türkisches Mädchen*. Durch additive Modelle, (...) kann das Spezifische einer Unterdrückungskonstellation nicht herausgestellt werden.“ (2017, S. 64).

Das Sinnbild der Straßenkreuzung betont, dass Diskriminierungen einen mehrdimensionalen Charakter haben können und dass die Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Diskriminierungsformen, gegenseitige Verstärkungen, Abschwächungen oder Ausgleiche aufgrund von ethnische Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht, Behinderung etc. immer beachtet werden müssen (vergl. Wansing & Westphal, 2014).

Abbildung 7



Quelle: <https://kulturshaker.de/paedagogik-der-begegnung/machtkritische-ansaezte/intersektionalitaet/>

Zu der Abbildung 7 erklärt Götz Kolle, Autor der Website „kulturshaker.de“, dass sich in jedem Menschen bestimmte Differenzlinien kreuzen, und dass die Gruppenzugehörigkeiten eines Menschen (Geschlecht, Religion, Alter, ethnische Herkunft, Hautfarbe usw.) zusammen mit der privilegierten od. benachteiligten Machtposition der verschiedenen Gruppen die Handlungsmöglichkeiten des Individuums beeinflussen und zu sozialen Ungleichheiten führen.

Im Intersektionalität-Ansatz werden die Differenzlinien und sozialen Ungleichheiten als „(...) Resultat von Macht- und Verteilungskämpfen sowie als Legitimationsdiskurse für Ausbeutung, Marginalisierung und Benachteiligung (...)“ verstanden (Walgenbach, 2017:66). Durch diese

sozialen Ungleichheiten haben Individuen unterschiedliche Handlungsoptionen und Zugangsmöglichkeiten zu begehrten gesellschaftlichen Gütern und machtvollen sozialen Positionen, je nachdem zu welchen gesellschaftlichen Gruppen sie gehören. Dadurch werden ihre Lebenschancen beeinträchtigt oder begünstigt (ebda.).

Eine intersektionelle Perspektive kann erklären, weshalb eine muslimische Frau mittleren Alters, die ein Kopftuch trägt, bei gleicher Ausbildung und Qualifikation höchstwahrscheinlich weniger Chancen hat, eine Arbeitsstelle zu bekommen als eine jüngere Frau ohne erkennbaren Migrationshintergrund. Bei der muslimischen Frau mittleren Alters wirken verschiedene Diskriminierungsdynamiken gleichzeitig in Bezug auf Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft und Religion. Dabei spielen Stereotypen und Vorurteile über muslimische Frauen im mittleren Alter als unemanzipiert, unselbstständig, vom Ehemann und der Familie unterdrückt, unflexibel, ungebildet etc. eine Rolle.

Wenn bei einer Person verschiedene Merkmale zusammenkommen, die jeweils für sich alleine schon zu Benachteiligungen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen in der Gesellschaft führen können, besteht die Möglichkeit, dass sich diese Benachteiligungen gegenseitig verstärken und in noch höheren Hürden im Zugang zu Bildung, Arbeitsmarkt, Gesundheitsversorgung etc. resultieren.



Schauen Sie sich zur Wiederholung und Vertiefung des Intersektionalität-Konzepts das Video mit der beeindruckenden Rede von Kimberlé Crenshaw an: „The urgency of intersectionality“ (TED Talks) (Abspielzeit: 18:49 min.; deutsche Untertitel) <https://www.youtube.com/watch?v=akOe5-UsQ2o>

3.6.1 Behinderung und Migrationshintergrund

Informationen und Daten zu den Lebenslagen von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund sind bisher unzureichend vorhanden (Wansing & Westphal, 2014). Der 2. Teilhabebericht (BMAS, 2016) nennt für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Behinderung einen Anteil von offiziell 9,5% (1,6 Mio.) im Jahr 2013. Es ist anzunehmen, dass die Zahl in Realität wesentlich höher ist, denn Menschen mit Migrationshintergrund beantragen seltener eine amtliche Anerkennung von Behinderung als Menschen ohne Migrationshintergrund. Der Anteil von Menschen mit Behinderung ohne schulische oder berufliche Ab-

schlüsse ist unter Menschen mit Migrationshintergrund deutlich höher, während die Erwerbsbeteiligung unter ihnen vergleichsweise niedrig ist. Das Armutsrisiko ist bei Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund erhöht und ihre gesellschaftliche Teilhabe geringer (BMAS 2016).

Wansing & Westphal (2014:35) weisen darauf hin, dass im gesellschaftspolitischen Diskurs Behinderung und Migration jeweils oft als „soziale Probleme“ dargestellt werden; die Betroffenen gelten dabei als „Andere“ oder „Normabweichende“. Vor diesem Hintergrund können Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund und deren Familien von einer verstärkten gesellschaftlichen Stigmatisierung betroffen sein, durch eine Verwobenheit von Fremdenfeindlichkeit, Rassismus und Ableismus.

Einige Studien zu den Lebenslagen von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund und deren Familien zeigen, dass Angebote der Behindertenhilfe (z.B. sozialrechtliche und institutionalisierte Unterstützungsleistungen) von ihnen weniger in Anspruch genommen werden im Vergleich zu Menschen mit Behinderung ohne Migrationshintergrund. Auch die amtliche Anerkennung von Schwerbehinderung wird von den Betroffenen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen bis zu 50% seltener beantragt (Windisch, 2014, S. 127). Als Gründe werden genannt: mangelnde Informationen der Betroffenen und Angehörigen über das sehr komplexe Sozial-, Rechts- und Hilfesystem, Sprachbarrieren zwischen den Betroffenen, deren Familien und den Beratenden bzw. Betreuenden der Behindertenhilfe, fehlendes Vertrauen gegenüber Institutionen (aufgrund schlechter Erfahrungen mit dem Versorgungssystem im Herkunftsland oder Diskriminierungserfahrungen mit deutschen Behörden), Vorurteile des Fachpersonals gegenüber Familien mit Migrationshintergrund und teilweise auch soziokulturelle Unterschiede im Umgang mit Behinderung (Halfmann, 2014; Kohan, 2012; Karacayli & Kutluer, 2012; Seifert, 2010; Heiden et al., 2009).

Informationsdefizite zur Behindertenhilfe sind bei denjenigen Familien besonders ausgeprägt, die noch nicht lange in Deutschland leben. Familien mit Migrationshintergrund sind besser über das Hilfesystem informiert, wenn ihre Kinder mit Behinderung in Deutschland geboren wurden und sie von Anfang an durch die Klinik und Ärzt_innen über weitere Behandlungs- und Förderungsschritte informiert wurden (Halfmann, 2014; Windisch, 2014). Die Studien von Seifert (2010) und Heiden et al. (2009) zeigen einen hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung, dem

durch Wohlfahrts- und Behindertenorganisationen nicht nachgekommen wird (vergl. Windisch, 2014). Sprachbarrieren machen es für hilfesuchende Angehörige oft sehr schwierig, notwendige und vollständige Informationen über ihre Ansprüche und die Hilfsangebote zu erhalten. Die von Behinderung Betroffenen werden aufgrund von Sprachbarrieren in ihrem Verhalten und in ihren Kompetenzen oft falsch eingeschätzt und erhalten dadurch keine adäquaten Maßnahmen. Familien mit einer eher kollektivistisch orientierten Herkunftskultur (vergl. Kapitel 3.3.4) wollen häufig ihre Familienangehörigen mit Behinderung zuhause betreuen, oftmals über lange Zeiträume hinweg bzw. lebenslang. Doch die Unterstützungsangebote sind dafür nicht passend ausgerichtet.

Familien mit unsicherem (befristeten) Aufenthaltsstatus und einem Familienmitglied mit Behinderung sind oft zusätzlich belastet durch existenzielle Ängste, wie es in Zukunft für sie weitergehen wird. Halfmann (2014) weist darauf hin, dass sie eventuell weniger Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen aus Angst, ihren aufenthaltsrechtlichen Status zu verlieren. Asylsuchende und Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus haben meist keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Somit haben sie keinen Zugang zu medizinischer Rehabilitation und anderen Leistungen.

Wenn Familien mit Migrationshintergrund bzw. Fluchterfahrung und einem Familienmitglied mit Behinderung weniger Unterstützung in Anspruch nehmen oder bekommen, wirkt sich dies negativ auf ihre persönliche Kräfte und Ressourcen aus. Denn Familiennetzwerke sind nach der Migration nach Deutschland meist nicht so groß wie im Herkunftsland. Die Eltern können ggf. auch keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, da sie ihr Kind mit Behinderung zuhause betreuen. Dadurch hat dann die Familie geringere ökonomische Ressourcen zu Verfügung. Aufgrund dieser Faktoren verfügen Angehörige und Betroffene mit Migrationshintergrund häufig über kleinere Handlungsspielräume als Menschen mit Behinderung und deren Familien ohne Migrationshintergrund, was wiederum zu sozialen Ungleichheiten führt. Lesen Sie als Pflichtlektüre Halfmann (2014, S.27-36).



**e-tivity 10:** optional

Recherchieren Sie auf www.interaktiv-berlin.de, wie die Berliner Organisation „InterAktiv e.V.“ den in diesem Unterkapitel angesprochenen Schwierigkeiten von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund bzw. Fluchterfahrung und deren Familien begegnet. Recherchieren Sie, ob es noch weitere ähnliche Organisationen in Deutschland gibt.

3.6.2 Sexuelle Orientierung / Identität und Alter

Höheres und hohes Alter kann für Menschen eine große Herausforderungen mit sich bringen, wie eine verschlechterte Gesundheit, Multimorbidität, körperliche Behinderungen, das Angewiesensein auf Hilfe von Außen, oft auch begleitet von geringerem Einkommen im Vergleich zu Zeiten, in denen sie erwerbstätig waren. Ältere Menschen kämpfen in der Leistungsgesellschaft oft um Sichtbarkeit und Respekt. Angesichts schwindender körperlicher Kräfte und Pflegebedürftigkeit sorgen sich ältere Menschen häufig um den Erhalt ihrer Autonomie und Selbstbestimmung. Potenziell gibt es viele Ebenen, auf denen Menschen aufgrund ihres höheren oder hohen Alters benachteiligt werden.

Wie sehen aus einer intersektionalen Perspektive die Wechselwirkungen von höherem bzw. hohem Alter und sexueller Identität bzw. Orientierung aus? In Deutschland existieren bisher nur wenige Studien zum Altern bei LGBT* Menschen. Etliche Studien aus dem englischsprachigen Raum zeigen jedoch, dass LGBT* Menschen Angst davor haben, in regulären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen keine Akzeptanz für ihre sexuelle Identität und Lebensweise zu finden. Die Studien zeigen auch, dass LGBT* Menschen, die bisher offen mit ihrer sexuellen Identität umgehen, befürchten, dass sie sich wieder verstecken müssen, wenn sie im Alter Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen müssen (Schütze, 2016). In einer Befragung von Schwulen, Lesben und Bisexuellen im Jahr 2004 in München verneinten 90% der Befragten, dass die vorhandenen Pflegeeinrichtungen bzw. die Altenhilfe kompetent im Umgang mit Homosexuellen sind. Manche Studien sehen die Gefahr, dass pflegebedürftige LGBT* Menschen im Alter verwahrlosen, weil sie sich aufgrund inadäquater Versorgungs- und Beratungsangebote zu-

rückziehen (Linschoten et. al., 2016). Im Rahmen des Forschungsprojekts „Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Selbstbestimmung im Alter“ (GLESA, Laufzeit 2013-2015, ein Kooperationsprojekt zwischen der Alice Salomon Hochschule und der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin) konnte gezeigt werden, dass ältere Schwule und Lesben den Wunsch haben, „(...) ‚so sein‘ zu dürfen, wie man_frau ist, also die Identität und den Lebensstil auch bis ins (hohe) Alter beizubehalten.“ (Lottmann, 2016:105). Das Projekt GLESA untersuchte das Wohnprojekt „Lebensort Vielfalt“ der Schwulenberatung Berlin, und führte unter anderem Interviews mit den Bewohner_innen durch. Im Mehrgenerationenhaus „Lebensort Vielfalt“ leben 60% schwule Männer über 55 Jahren, 20% Frauen (darunter Lesben und heterosexuelle Frauen) und 20% jüngere schwule Männer. Neben 24 Privat-Wohnungen gibt es eine betreute Pflegewohngemeinschaft für schwule Männer mit Pflegebedarf und/oder Demenzerkrankung. Im „Lebensort Vielfalt“ wird bewusst eine Umkehrung der gesellschaftlichen Mehrheitsverhältnisse in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen angestrebt. Lottmann nennt dies ein „positives Umkehren einer Stigmatisierung“ (2016). Lesen Sie bitte als Pflichtlektüre Lottmann, 2016, S.83-85 und 105-108.



Außerdem gibt es für die Bewohner_innen des „Lebensorts Vielfalt“ eine Bibliothek, die Anbindung an die Beratungs- und Freizeit-Angebote der Schwulenberatung Berlin, inklusive Gastronomie und Veranstaltungsraum. In den Interviews des GLESA-Projekts wurde deutlich, dass für viele Bewohner_innen die Integration in die sozialen Netzwerke und Strukturen der Schwulenberatung Berlin sehr wichtig ist. Bewohner_innen äußerten ein großes Bedürfnis nach Gemeinschaft, da viele von ihnen keine „biologischen“ Familien bzw. Kinder haben; viele von ihnen sagten, dass sie mit dem „Lebensort Vielfalt“ der Gefahr von Vereinsamung entgehen (Lottmann, 2016, S. 95ff.). Auch wollen sie ihren Lebensstil im Alter nicht aufgeben und suchten nach einem Ort der Akzeptanz und Offenheit für ihre sexuelle Identität (ebda). Lottman (2016) sieht in Projekten wie dem „Lebensort Vielfalt“ auch ein gutes Integrationspotenzial für ältere und pflegebedürftige Trans* Menschen.

Schauen Sie sich die beiden Filme an:

-Kurzfilm über das Projekt „Lebensort Vielfalt“ der Schwulenberatung Berlin (Abspielzeit 2:50 min.)

https://www.schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt#paragraph_9



-„Lesbisch.schwul.älter“, Kurzfilm über homosexuelle Frauen und Männer zwischen 60 und 84 Jahren (Abspielzeit 11 min.).

<https://www.homochrom.de/lesbisch-schwul-aelter>



e-tivity 11:

1.) Reflektieren Sie bitte folgende Fragen:

a) Haben Sie sich schon mal Gedanken über ältere (pflegebedürftige) LGBT* Menschen gemacht?

b) Sind in Ihrem Berufsfeld ältere Patient_innen/Klient_innen mit nicht-heterosexueller Identität sichtbar?

c) Sind Ihnen persönlich ältere LGBT* Patient_innen/Klient_innen begegnet? Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

2.) Stellen Sie Ihre Erfahrungen und Gedanken dazu ins Forum ein.

3.) Kommentieren Sie mind. einen anderen Beitrag.



Vertiefende links:

Projektinformationen zu „GLESA - Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Selbstbestimmung im Alter“ <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/glesa/>

Webseite des Wohnprojekts „Lebensort Vielfalt“

<https://www.schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt>

Webseite der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V.

<http://schwuleundalter.de/>

Webseite des Dachverbands Lesben und Alter e.V.

<http://lesbenundalter.de/>

Zur Intersektionalität Flucht und Behinderung: „ZuFlucht Lebenshilfe“, das Geflüchtete mit Behinderung und deren Angehörige unterstützt:

<https://zf.lhhh.de/>

Zur Intersektionalität von höherem Alter und Behinderung, siehe

<https://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/alt-und-behindert.html>

Zur Intersektionalität ethnische Herkunft/Migrationshintergrund und sexueller Identität: Website von GLADT e.V.- Selbstorganisation von Schwarzen und of Color Lesben, Schwulen, Bisexuellen, queeren und Trans* Personen und solchen mit Migrationsgeschichte

<http://www.gladt.de>

Und Webseite des Projekts „MILES“, Beratung und Hilfe zur Selbsthilfe für Migrantinnen und Migranten: Lesben, Schwule und ihre Angehörigen, <https://berlin.lsvd.de/projekte/miles/>

3.7 Gesetzliche Vorgaben und Richtlinien zu Antidiskriminierung und gesundheitlicher Chancengleichheit

Anti-Diskriminierungsrichtlinien existieren auf unterschiedlichen rechtlichen Ebenen: dem internationalen Völkerrecht, dem transnationalen Europarecht und dem Recht von Nationalstaaten. Dabei beeinflussen internationale Rechtsnormen die transnationalen rechtlichen Richtlinien, und beide Ebenen fließen oftmals in die nationale Ausgestaltung des Anti-Diskriminierungsrechts ein.

Auf internationaler Ebene ist beispielsweise die UN-Menschenrechtscharta (1948), die Konvention zur Beseitigung von rassistischer Diskriminierung (1965) und das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (2008) zu nennen. Diese völkerrechtlichen Vereinbarungen wurden von Deutschland unterzeichnet und daraus folgt, dass sie hierzulande beachtet und in nationales Recht umgesetzt werden müssen.

Auf europäischer Ebene wurden ab dem Jahr 2000 einige Richtlinien zum Schutz vor Diskriminierung erlassen (unter anderem die Richtlinie gegen rassistische Diskriminierung und die Richtlinie für Gleichbehandlung bezüglich Religion, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung und Geschlecht). Diese EU-Richtlinien wurden in Deutschland 2006 durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in nationales Recht umgesetzt.

In Deutschland gibt es rechtlichen Diskriminierungsschutz auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Gesetzen. Ganz elementar ist das Grundgesetz (GG) mit den Grundrechten der Bürger_innen gegenüber dem Staat. Insbesondere Art. 3 GG verbietet dem Staat, seine Bürger_innen aufgrund von Geschlecht, Abstammung, Rasse, Sprache,

Heimat bzw. Herkunft, Glauben, politischer Anschauungen oder Behinderung zu diskriminieren⁴.



Der Begriff „**Rasse**“ taucht in verschiedenen Gesetzestexten auf, mit denen wir uns in diesem Kapitel befassen. Die Verwendung des Begriffs ist problematisch, da wissenschaftlich erwiesen ist, dass es menschliche „Rassen“ nicht gibt. Zwar gibt es Unterschiede in der äußeren Erscheinung wie Hautfarbe, Pigmentierung, Morphologie des Gesichts und Körpers, aber ihnen liegt eine so minimale genetische Variation zugrunde, dass menschliche Populationen nicht in getrennten „Rassen“ wie „Afrikaner“, „Asiaten“ etc. klassifiziert werden können. Daher wird heute der Begriff „Rasse“ nur noch in der Biologie für verschiedene Pflanzen- und Tierarten benutzt (Pates et al., 2010).

Es gibt also keine menschlichen Rassen, wohl aber Rassismus als Ideologie, nach der Menschen aufgrund vermeintlicher Andersartigkeit oder Minderwertigkeit diskriminiert werden. So wurden im Kolonialismus und Nationalsozialismus viele Millionen Menschen als „minderwertige Rassen“ misshandelt, verklagt und/oder ermordet. Wenn Gesetze wie das Grundgesetz oder das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) den Begriff „Rasse“ verwenden, gehen sie nicht davon aus, dass menschliche „Rassen“ existieren, sondern benutzen das Wort als sprachlichen Anknüpfungspunkt an rassistische Positionen (Pates et al., 2010). Das Deutsche Institut für Menschenrechte plädiert jedoch dafür, den Begriff „Rasse“ aus den Gesetzen zu streichen und z.B. durch „Diskriminierung aufgrund von Rassismus“ zu ersetzen.

⁴ Das Grundgesetz entstand vor dem Hintergrund des Holocausts und der mörderischen Rolle der nationalsozialistischen Staatsmacht: Das Grundgesetz verpflichtet den Staat dazu, die Menschenwürde seiner Bürger_innen zu respektieren und zu schützen.

3.7.1 Das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Abbildung 8



Quelle: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (2013)

Schauen Sie sich zur Einführung diese beiden Videos an:



– „10 Jahre Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz“ der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Abspielzeit 01:43 min.)

http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Videos/DE/videos/10_Jahre_AGG.html?nn=7831902



–„Sind Sie selbst Opfer von Diskriminierung? Hier bekommen Sie Hilfe“
der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Abspielzeit 02:39 min.)
https://www.youtube.com/watch?v=uNZ_P7cFH7g

Zu den einzelnen Diskriminierungskategorien im AGG

Im Kontext des AGG wird von „Diskriminierungskategorien“ gesprochen, die analog zu den Diversity-Dimensionen ethnische Herkunft/Migrationshintergrund, Geschlecht, Religion/Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexuelle Identität zu verstehen sind. Diskriminierende Handlungen werden juristisch einer oder mehrere Diskriminierungskategorien zugeordnet. Damit sind z. B. Benachteiligungen bzw. Schlechterbehandlungen mit Bezug zu ethnischer Herkunft, Behinderung und Alter gemeint.

Im AGG wird die Kategorie „Rasse oder ethnische Herkunft“ genannt, um rassistische Diskriminierung zu kennzeichnen. Dabei geht es um Benachteiligungen aufgrund des äußeren Erscheinungsbilds, des Namens, der Sprache, des Akzents, oft auch der Religion und der Kleidung, mit denen eine bestimmte biologische Abstammung oder ethnische Herkunft verbunden wird. Dabei geht es nicht darum, ob ein Mensch tatsächlich eine bestimmte Herkunft hat, sondern um eine abwertende Fremdzuschreibung aufgrund dieser Kategorien (ADS, 2017). Beispielsweise verstößt ein Konzertveranstalter, der Gäste am Einlass wegen ihrer Hautfarbe oder ihres Akzents abweist, gegen das AGG.

In der Diskriminierungskategorie Geschlecht sind im AGG Benachteiligungen aufgrund sexistischer Stereotypisierungen und geschlechtsspezifischer Rollenzuweisungen oder der Geschlechtsidentität verboten. Frauen und Männer sind vor Diskriminierung geschützt, sofern sie als Frauen oder Männer benachteiligt werden (ADS, 2017).

Die Diskriminierungskategorie Behinderung im AGG basiert auf dem erweiterten Verständnis von Behinderung der UN-Behindertenrechtskonvention von 2009, wonach Behinderung kein individuelles Merkmal ist, sondern das Ergebnis der Interaktion von Beeinträchtigungen und Barrieren in der Gesellschaft (vergl. Kapitel 3.4). Beispielsweise verletzt ein Fitnessstudio das Diskriminierungsverbot des AGG, wenn es einem Rollstuhlfahrer die Mitgliedschaft aufgrund seiner Behinderung verbietet. Das AGG schützt gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention auch vor Benachteiligungen aufgrund chronischer Erkrankungen wie z.B. HIV oder psychiatrischen Erkrankungen.

In der Diskriminierungskategorie sexuelle Identität sind Diskriminierungen und Belästigungen aufgrund hetero-, bi-, homo- und transsexueller Lebensweisen verboten. Beispielsweise verstößt ein Physiotherapeut gegen das Diskriminierungsverbot des AGG, wenn er die Behandlung eines Patienten mit Verweis auf seine Homosexualität verweigert.

Diskriminierungsarten, vor denen das AGG schützt

Das AGG schützt vor **unmittelbarer** und **mittelbarer Diskriminierung**. Unmittelbare Diskriminierung bedeutet im Kontext des AGG, dass eine Benachteiligung direkt an eine Diskriminierungskategorie anknüpft (z.B. dass eine Bewerberin auf eine Stelle in einer Ergotherapiepraxis nicht zum Bewerbungsgespräch eingeladen wird, weil sie einen türkisch klingenden Nachnamen trägt). Dagegen liegt eine mittelbare Diskriminierung aufgrund des Geschlechts vor, wenn eine betriebliche Regelung Teilzeitkräfte benachteiligt und vor allem Frauen Teilzeitanstellungen haben. Sie sind dann weitaus häufiger von den negativen Auswirkungen der Regelung betroffen als Männer (ADS, 2017).

Das AGG schützt auch vor (sexuellen) Belästigungen. Bei **Belästigungen** im Sinn des § 3 AGG geht es um unerwünschte verbale oder non-verbale Verhaltensweisen, die einen Menschen in seiner Menschenwürde und in seinem Anspruch auf gleiche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verletzen. Es kann sich z.B. um das Erzählen frauenfeindlicher Witze gegenüber einer Kollegin handeln, um homophobe E-Mails oder rassistische Sprüche. Als Tatbestand muss dadurch ein feindliches Umfeld entstanden sein, das von Erniedrigungen und Einschüchterungen geprägt ist (ADS, 2017).

Unter **sexueller Belästigung** versteht das AGG in § 3 unerwünschte, sexuelle Handlungen und Aufforderungen wie sexuelle körperliche Berührungen, unnötigen Körperkontakt oder Bemerkungen sexuellen Inhalts. Das AGG schützt vor sexuellen Belästigungen nur im Bereich der Erwerbstätigkeit (ADS, 2017).

Auch **mehrdimensionale Diskriminierung** ist durch das AGG verboten. Dabei handelt es sich um Benachteiligungen mit Bezug zu mehreren Diskriminierungskategorien gleichzeitig. In Kapitel 3.6 „Intersektionalität“ haben wir uns bereits mit dieser Problematik beschäftigt. Ein Beispiel wäre eine Krankenpflegerin, die vom Pflegedienst nicht eingestellt wird, weil sie ein Kopftuch trägt und aus Nigeria stammt; sie erfährt Diskriminierung aufgrund ihrer muslimischen Religionszugehörig-

keit und aufgrund ihrer ethnischen Herkunft bzw. ihrer dunklen Hautfarbe.

Auch die **Anweisung zu einer Benachteiligung** gilt im AGG als verbotene Diskriminierung, beispielsweise wenn der Arbeitgeber seine Personalchefin anweist, keine Menschen mit Behinderungen einzustellen.

Bereich von Erwerbstätigkeit

In Bezug auf das Gebiet der Erwerbstätigkeit bietet das AGG einen weitgreifenden Schutz. Es verbietet Diskriminierungen im Zugang zur Erwerbstätigkeit, beim beruflichen Aufstieg, bei der Gestaltung von Beschäftigungsverhältnissen, im Bereich Berufsbildung und in Bezug auf Mitgliedschaft in beruflichen Vereinigungen (vergl. § 7 AGG). Dies gilt für private wie für öffentlich-rechtliche Beschäftigungsverhältnisse.

Das AGG sieht hier jedoch Ausnahmen vor: Eine unterschiedliche Behandlung im Bereich Beschäftigung und Beruf kann gerechtfertigt sein, wenn bestimmte berufliche Anforderungen mit einer Stelle verknüpft sind. Beispielsweise kann der Arbeitgeber einer Beratungsstelle für Männer bevorzugt einen Mann als Berater einstellen mit der Begründung, dass ein männlicher Berater unerlässlich ist, um zur Zielgruppe leichter das notwendige Vertrauen herzustellen.

Arbeitgeber_innen haben gesetzlich vorgeschriebene Präventionspflichten einzuhalten, um Benachteiligungen zu verhindern. Sie müssen ihre Beschäftigten vor Diskriminierungen schützen und ihre Belegschaft darauf hinweisen, dass Diskriminierungen und Belästigungen verboten sind. Auch müssen Arbeitgeber_innen ihre Beschäftigten vor Diskriminierungen durch Dritte (z.B. Kund_innen) schützen. Bemerkt zum Beispiel eine niedergelassener Hausärztin, dass ihre Arzthelferin mit türkischem Migrationshintergrund aufgrund ihrer Herkunft von Patient_innen beleidigt und abfällig behandelt wird, muss sie einschreiten und im äußersten Fall ein Hausverbot für betreffende Patient_innen aussprechen. Falls ein Arbeitgeber Diskriminierungen oder Belästigungen gegen Mitarbeiter_innen nicht unterbindet, haben diese zu ihrem Selbstschutz das Recht, die Tätigkeit ohne Verlust des Gehalts niederzulegen (ADS, 2010).

Von Diskriminierung Betroffene haben im Bereich Beschäftigung einen Schadensersatzanspruch. Die Ansprüche müssen schriftlich innerhalb von zwei Monaten erhoben werden. Opfer von Diskriminierung sollten alle Hinweise auf Benachteiligungen detailliert darlegen. Es reicht aus,

Indizien für Diskriminierung zu benennen. Die beschuldigte Partei trägt die Beweislast und muss nachweisen, dass keine Diskriminierung stattgefunden hat.

Privatrechtlicher Bereich

Im Anwendungsbereich des Zugangs bzw. der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zu Verfügung stehen (wie Angebote von Läden aller Art, Restaurants, Hotels, Mietwohnungen etc.), Bildung (z.B. Verträge mit privaten Schulen) und sozialen Vergünstigungen ist der Schutz des AGG begrenzter (vergl. § 19 AGG). Hier greift das Gesetz nur, wenn es sich um Diskriminierungen in privaten Rechtsverhältnissen handelt (ADS, 2017).

Das AGG schützt in § 19 vor Diskriminierung bei sogenannten „Massengeschäften“, die „ohne Ansehen der Person“ in einer Vielzahl von Fällen zu gleichen Bedingungen durchgeführt werden (wie der Lebensmitteleinkauf im Supermarkt) und bei privaten Versicherungen (z.B. Privathaftpflichtversicherung etc.). „Ohne Ansehen der Person“ bedeutet, dass bei diesen Massengeschäften typischerweise die im AGG genannten Kategorien „Rasse“, ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion, Behinderung, Alter oder sexuelle Identität keine Rollen spielen.

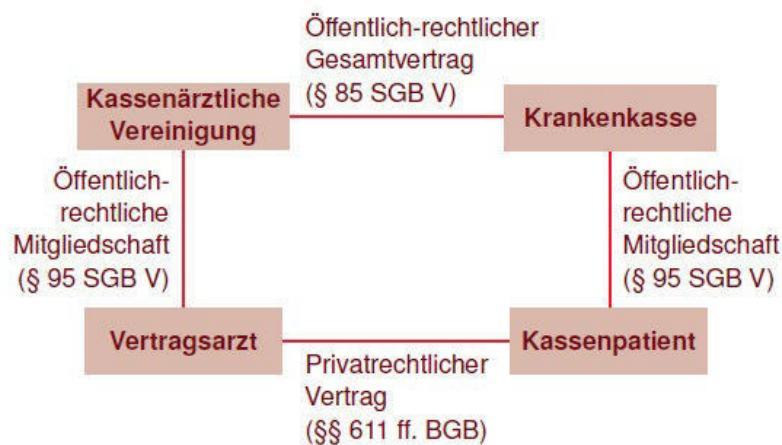
Allerdings gibt es Einschränkungen des Diskriminierungsschutzes in Bezug auf Leistungen, die auf einem „besonderen Nähe- oder Vertrauensverhältnis“ basieren, wie der Vermietung von Wohnungen: Wenn eine Vermieterin und ein Mieter im gleichen Haus bzw. auf dem gleichen Grundstück wohnen, kann die Vermieterin den Mieter auch aus rassistischen Gründen ablehnen. Hat die Vermieterin jedoch 50 und mehr Mietwohnungen, handelt es sich um ein Massengeschäft und sie darf einen Mieter unter Bezugnahme auf die im AGG genannten Diskriminierungskategorien nicht ablehnen.

Bietet das AGG auch **Schutz vor Diskriminierungen im Behandlungsverhältnis zwischen Behandelnden und Patient_innen?** Die Beantwortung dieser Frage ist kompliziert und kann im Folgenden nur in groben Zügen wiedergegeben werden:

Aktuell wird in der Rechtsliteratur mehrheitlich vertreten, dass Behandlungsverhältnisse im Gesundheitswesen privatrechtlicher Art sind, in denen die Leistung auf Grundlage des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) erbracht wird. Auch Verträge zwischen Patient_innen und einem

Krankenhäuser werden als privatrechtlich eingeordnet. Diese Vertragsverhältnisse sind bei gesetzlich Krankenversicherten zusätzlich in das öffentlich-rechtliche Leistungsverhältnis nach SGB V der gesetzlichen Krankenversicherung eingebettet (siehe Abbildung 9 und 10).

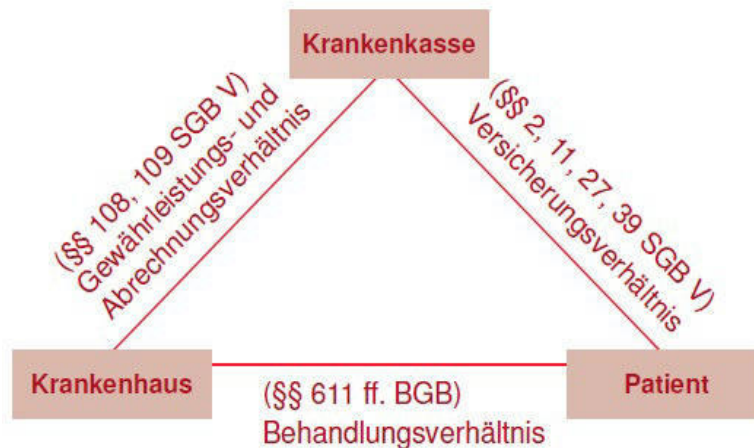
Abbildung 9: Vertragsverhältnis in öffentlich-rechtlichen Leistungsbeziehungen zwischen Patient_in, Arzt/Ärztin, der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung



Quelle: Sarah Elsuni (2013): „Diskriminierung im Gesundheitswesen“. In: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Landesstelle für Gleichbehandlung–gegen Diskriminierung (LADS)

Das hier gezeigte Vertragsverhältnis gilt auch für Verträge mit ambulanten Pflegediensten, Logopäd_innen, Ergo- und Physiotherapeut_innen oder Psychotherapeut_innen.

Abbildung 10: Vertragsverhältnis in öffentlich-rechtlichen Leistungsbeziehungen zwischen Patient_in, Krankenhaus und Krankenkasse



Quelle: Sarah Elsuni (2013): „Diskriminierung im Gesundheitswesen“. In: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Landesstelle für Gleichbehandlung–gegen Diskriminierung (LADS)

Das AGG findet im öffentlich-rechtlichen Bereich keine Anwendung, außer im Bereich Erwerbstätigkeit. Es kann aber auf den privatrechtlichen Bereich (BGB) des direkten Behandlungsverhältnisses zwischen Behandler_in und Patient_in anwendbar sein. Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn Behandlungsverträge im Gesundheitswesen als Massengeschäfte im Sinn von §19 Abs.1 AGG oder als massengeschäftsähnliche Verträge gemäß § 19 Abs. 2 AGG eingeordnet werden.

Elsuni (2013) und Franke (2018) argumentieren, dass es sich bei Behandlungsverträgen im Gesundheitswesen um Massengeschäfte bzw. um massengeschäftsähnliche Verträge gemäß §19 AGG handelt, denn Ärzt_innen, Physiotherapeut_innen etc. erbringen ihre Leistungen nicht nur einmalig, sondern mehrmals „in einer Vielzahl von Fällen“. Elsuni (2013, S. 29-30) führt weiter aus, dass bei Massengeschäften die Anbietenden grundsätzlich bereit sind, mit jeder zahlungswilligen und –fähigen Person in ein Vertragsverhältnis zu treten, vergleichbar zu Bargeschäften des Einzelhandels. Im Gesundheitswesen gilt das analog für krankenversicherte Patient_innen, die somit als zahlungswillig und –fähig einzustufen sind. Außerdem kommen Behandlungsverträge „typischerweise ohne Ansehen der Person“, also ohne Beachtung des Geschlechts, der sexuellen Identität, der Religion, einer Behinderung, der ethnischen Herkunft oder des Alters von Patient_innen zustande. Nach Elsuni ergibt sich dies auch aus dem ärztlichen Gelöbnis, medizinische

Dienstleistungen ohne Unterschiede der Allgemeinheit zu Verfügung zu stellen (2013). Franke (2018) argumentiert zusätzlich, dass sich für Kassenpatient_innen aus dem Bundesmantelvertrag für Ärzt_innen ergibt, dass Vertragsärzt_innen nur dann berechtigt sind, eine Behandlung abzulehnen, wenn Patient_innen ihre elektronische Gesundheitskarte nicht vorlegen.

Nach Elsuni (2013) und Franke (2018) sind also die Behandelnden wie auch Krankenhäuser an das AGG gebunden. Sie weisen Einwände in der Rechtsliteratur zurück, dass ärztliche Behandlungsverträge keinen Massengeschäftscharakter hätten, weil sie auf einem besonderen Vertrauensverhältnis aufbauten. Im § 19 Abs. 5 AGG wird als Ausnahme vom Benachteiligungsgebot genannt, wenn ein besonderes Nähe- oder Vertrauensverhältnis der Vertragsparteien besteht. Elsuni (2013) und Franke (2018) sehen dies jedoch als nicht gegeben, weil eine ärztliche Dienstleistung keinen privaten Charakter hat sondern beruflich ausgeübt wird.

Wenn also beispielsweise Frauen mit Kopftuch von einem Arzt die Behandlung verweigert wird mit der Begründung, kopftuchtragende Frauen seien für die Mitpatient_innen im Wartezimmer unzumutbar, liegt hier eine unmittelbare Benachteiligung mit Bezug zu Religion vor, die nach § 19 Abs. 1 AGG verboten ist (Elsuni, 2013).

Franke (2015) weist jedoch darauf hin, dass sich die Durchsetzung des Diskriminierungsschutzes im Gesundheitswesen noch im Entstehungsprozess befindet. Er betont, dass Klagen für Rechtssuchende noch mit großen Risiken verbunden ist, da sich noch keine „gefestigte Rechtsprechung“ etabliert hat.

Mit der Einführung des AGG wurden die **Antidiskriminierungsstelle des Bundes** (ADS) und in den Bundesländern die **Landesantidiskriminierungsstellen** (LADS) geschaffen. Wenn sich jemand aufgrund der Diskriminierungskategorien des AGG im privatrechtlichen Bereich diskriminiert fühlt, kann er/sie sich an diese Stellen wenden und sich vertraulich und neutral juristisch beraten lassen, ob und wie gegen diese Diskriminierung vorgegangen werden kann.

Opfer von Diskriminierung im privatrechtlichen Bereich haben Anspruch auf Schadensersatz, Beseitigung der Beeinträchtigung und Unterlassung. Die Ansprüche müssen ebenfalls innerhalb von zwei Monaten geltend gemacht werden.



<https://www.gesetze-im-internet.de/agg/BJNR189710006.html>

3.7.2 Diskriminierungsschutz außerhalb des AGG

In Bezug auf das Behandlungsverhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen ist es Ärzt_innen durch **Berufsordnungen** verboten, Patient_innen aufgrund von Nationalität, „Rasse“, Religion, Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung die Behandlung zu verweigern. Tut eine Ärztin dies dennoch, kann gegen sie ein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet werden (Elsuni, 2013).

Wenn ein Krankenhaus vom Staat finanziert oder finanziell von ihm unterstützt wird, übernimmt das Krankenhaus für den Staat Leistungen der öffentlichen Daseinsfürsorge. Somit sind Krankenhäuser Teil der staatlichen Gewalt und zur Einhaltung des Grundgesetzes, insbesondere von Art. 3 GG verpflichtet (Elsuni, 2013). Krankenhäuser, die an der Bedarfsplanung teilnehmen, sind außerdem dazu verpflichtet, alle behandlungsbedürftigen Patient_innen aufzunehmen, die zu ihnen kommen. Wenn ein Krankenhaus Patient_innen abweist, kann die finanzielle Förderung eingestellt werden.

Das AGG ist - wie schon erwähnt - nicht im öffentlich-rechtlichen Bereich anwendbar und es verweist in § 2 AGG für Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) auf die Benachteiligungsverbote des SGB in §33c SGB I (allgemeine Vorschriften für das gesamte Sozialrecht) und in §19a SGB IV (allgemeine Vorschrift für die Sozialversicherung). In §33c SGB I wird ein Verbot der Benachteiligung (Minder- oder Schlechterleistung) aufgrund der Kategorien „Rasse“, ethnische Herkunft und Behinderung genannt.

Das SGB V gilt für die Versicherungspflicht und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn beispielsweise eine gesetzliche Krankenversicherung einer Patientin aufgrund von „Rasse“, ethnischer Herkunft oder Behinderung eine Leistung verweigert, kann diese dagegen unter Berufung auf §33 c SGB I Widerspruch einlegen.

Die Benachteiligungsverbote des SGB rechtfertigen jedoch keine Ansprüche auf Gewährung bestimmter Leistungen, wenn das Gesetz diese nicht vorsieht. Das bedeutet, dass Benachteiligungen nicht untersagt sind, die auf gesetzlichen Regelungen des SGB beruhen (Frings, 2011). Dies ist beispielsweise relevant, wenn es um Sozialleistungen

geht, bei denen die Sprache als Verständigungsmittel eine essenzielle Rolle spielt, wie eine Krankenbehandlung.

Das Problem der sprachlichen Barriere im Zugang von Menschen mit Mh. zur Gesundheitsversorgung wurde bereits in Kapitel 3.3 erwähnt. Dazu folgen hier einige juristische Hintergründe: Gelingende Kommunikation zwischen Fachpersonal und Patient_in ist absolut notwendig, denn eine Behandlungsleistung kann nur erbracht werden, wenn sie Patient_innen wirklich erreicht (Frings, 2011; ADS, 2017). Da aber im Krankenversicherungsrecht des SGB V keine Grundlage für die Finanzierung von für die medizinische Versorgung notwendigen Dolmetscherleistungen enthalten ist, lehnen die Krankenkassen eine Kostenübernahme von Sprachmittlung ab und verweisen auf die Sozialhilfe (SGB XII). Die Hilfen bei Krankheit im SGB XII sind jedoch erstens nur auf Sozialhilfe-Empfänger_innen beschränkt, und zweitens werden auch dort Dolmetscherkosten nicht übernommen, da sich die Hilfen bei Krankheit nur auf Leistungen beschränken, die auch die gesetzliche Krankenversicherung erbringen würde (ADS, 2017). So beißt sich die Katze in den Schwanz.

Somit findet hier also eine mittelbare Benachteiligung von Menschen mit Mh. mit Bezug zur Diskriminierungskategorie ethnische Herkunft/„Rasse“ statt, da vor allem viele migrierte Menschen die deutsche Sprache (noch) nicht ausreichend gut für eine medizinische Behandlung beherrschen.

Der 119. Deutsche Ärztetag hat 2016 in seinem Beschlussprotokoll gefordert, dass Dolmetscherkosten als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt und dessen Finanzierung in das SGB V aufgenommen werden sollen (Bundesärztekammer, 2016). Aktuell ist jedoch keine Gesetzesänderung in Sicht.

Gegen das Fehlen der gesetzlichen Regelung zur Kostenübernahme von Sprachmittlungsleistungen könnte zwar auf der Grundlage des Grundgesetzes Art. 3 (nach Ausschöpfung des Rechtswegs) vor dem Bundesverfassungsgericht geklagt werden. Doch die Antidiskriminierungsstelle des Bundes schätzt die Erfolgsaussichten für solche einen beschwerlichen Weg als unklar ein (ADS, 2017).

Für die medizinische Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden gibt es mittlerweile besondere Regelungen in Bezug auf Dolmetscherkosten. In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland sind sie nicht gesetzlich versichert. Die Übernahme ihrer medizinischen Versorgung richtet sich nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz

(AsylbLG). Hier können bei medizinischen Behandlungen und Psychotherapien Dolmetscher_innenkosten durch das Sozialamt übernommen werden. Dabei handelt es sich jedoch um eine Leistung im Ermessen des Amts.



e-tivity 12:

1.) Diskutieren Sie folgende Fragen:

- a) Wie wirken die hier vorgestellten gesetzlichen Richtlinien auf Sie?
- b) Haben Sie in Ihrer Berufspraxis bereits von Antidiskriminierungsrichtlinie gehört?
- c) Wissen Sie von Fällen, in denen ein/e Patient_in im Gesundheitswesen wegen Diskriminierung geklagt hat? Kennen Sie Fälle, in denen Mitarbeiter_innen wegen Diskriminierung vor Gericht gegangen sind?

3.7.3 Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderung

Zunächst ist die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) zu nennen, die 2008 in Kraft trat. Ziel des Übereinkommens ist die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen. Das Übereinkommen konkretisiert die bestehenden universellen Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Es wurde von 177 Staaten ratifiziert und von der EU bestätigt. Die BRK würdigt Behinderung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens und grenzt sich von einem defizitären Verständnis von Behinderung oder der Sicht auf Behinderung als Krankheit ab.

Art. 25 der BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, Menschen mit Behinderungen „ (...) das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ zu gewähren. Der Zugang für Menschen mit Behinderung zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten inklusive Rehabilitation ist zu gewährleisten. Außerdem sind Menschen mit Behinderung zu einer unentgeltlichen bzw. erschwinglichen Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite und Qualität wie andere Menschen berechtigt, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und anderen Programmen des öffentlichen Gesundheitswesens. Das Recht auf eine

selbstbestimmte Sexualität wird festgeschrieben und Zwangssterilisationen verboten.

Außerdem müssen die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderung Gesundheitsleistungen anbieten, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung benötigen (inkl. Früherkennung und Frühintervention). Diese Gesundheitsleistungen müssen Menschen mit Behinderung so gemeinde-nah wie möglich (auch in ländlichen Regionen) zugänglich sein. Die Vertreter_innen der Gesundheitsberufe sind dazu verpflichtet, Menschen mit Behinderung in gleicher Qualität zu versorgen wie andere Menschen, und zwar auf Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung. Das Übereinkommen verbietet die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung in der Kranken- und Lebensversicherung. Vertragsstaaten sind dazu verpflichtet, diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder –leistungen aufgrund von Behinderung zu verhindern. In Art. 26 der BRK werden die Unterzeichnerstaaten außerdem dazu verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsprogramme im Gesundheitsbereich zu etablieren.

Die Konvention ist für Deutschland verbindlich und dient als Grundlage für neue Entwicklungen in der Behindertenpolitik. Seit 2011 setzt die Bundesregierung das Abkommen auf Bundesebene um.

Daneben nennt das 5. Sozialgesetzbuch (SGB) in § 2a eine Regelung zu mehr Teilhabe von behinderten und chronisch kranken Menschen, um Selbstbestimmung zu ermöglichen und Nachteile auszugleichen, die durch Behinderung oder chronische Krankheit entstehen.

Die Bundesregierung hat außerdem 2002 das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) erlassen, das die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben und eine selbstbestimmte Lebensführung gewährleisten soll. Es wird vielfach kritisiert, dass das BGG nur für die Träger öffentlicher Gewalt auf Bundesebene gilt, nicht aber für die Privatwirtschaft. Dadurch werde die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung im Alltag nicht erreicht.

Das BGG schreibt die Herstellung von Barrierefreiheit in den Bereichen Bau und Verkehr vor, das Recht auf Verwendung von Gebärdensprache, andere Kommunikationshilfen und leichte Sprache. Dementsprechend haben hör- und sprachbehinderte Menschen einen Anspruch auf Gebärdendolmetscher_innen (mit Kostenerstattung) im Gesundheitswesen und in Verwaltungsverfahren. Dieser Anspruch ist nicht nur im BGG, sondern auch im SGB I und SGB IX verankert. Gesetzlich versicherte hör- und sprachbehinderte Menschen bekommen von den Kran-

kenkassen Kosten für den Einsatz von Gebärdendolmetscher_innen bei Arztbesuchen sowie bei ärztlich verordneten Therapien und Behandlung im Krankenhaus erstattet. Auch für gehörlose Eltern, die mit ihren hörenden Kindern z.B. zum Kinderarzt gehen, werden Kosten für Gebärdendolmetscher_innen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.



e-tivity 13: optional

Eine HIV Infektion zählt zu chronischen Erkrankungen und fällt somit in die Kategorie Behinderungen. Aufgrund von Vorurteilen und negativen Einstellungen werden Patient_innen mit einer HIV-Infektion im Gesundheitswesen häufig diskriminiert, was einen Verstoß gegen die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) und die UN-Behindertenrechtskonvention darstellt (Franke & Kluge, 2015). Schauen Sie sich die Schulungsfilme der Deutschen AIDS-Hilfe zu diskriminierendem Umgang mit Patient_innen mit HIV an.

<https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/DAH%20Stand-alone%20Version.mp4>

Beantworten Sie danach bitte folgende Fragen:

- a) Welche Gefühle hatten Sie beim Ansehen der beiden Filme?
- b) Haben Sie selbst Erfahrungen mit Patient_innen/Klient_innen mit einer HIV-Infektion? Wenn ja, wie fühlen Sie sich im Umgang mit ihnen?
- c) Haben Sie in Ihrem Arbeitskontext schon einen ähnlichen Umgang mit Patient_innen/Klient_innen mit einer HIV-Infektion erlebt wie in den Filmen?
- d) Wie stehen Sie zu den Statements am Schluss der beiden Filme?
- e) Kennen Sie Fälle, in denen Patient_innen mit HIV wegen Diskriminierung geklagt haben?

Die Beantwortung dieser Fragen ist nur für Sie selbst bestimmt.



Zur Vertiefung:

<https://www.gesetze-im-internet.de/bgg/BGG.pdf>

https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2

<https://hiv-diskriminierung.de/>

- Broschüre „Deine Rechte im Gesundheitswesen. Informationen für Menschen mit HIV“ <https://www.aidshilfe.de/shop/rechte-gesundheitswesen>

-Mehr Infos zu Diskriminierungsschutz und zu Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung: <https://www.aktiv-gegen-diskriminierung.de>

3.7.4 Das Präventionsgesetz

Das Präventionsgesetz, das am 01.01.2016 in Kraft getreten ist, hat das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken und sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung zu verringern. Die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung waren in Deutschland lange diversity-blind und primär mittelschichtorientiert ausgerichtet (Altgeld, 2013; Kaba-Schönstein / Kilian, 2018). Vulnerable Bevölkerungsgruppen wurden dagegen ungenügend erreicht.

Die Hauptadressat_innen des Präventionsgesetzes sind die gesetzlichen Krankenkassen, die in §20 SGB V zu Primärprävention („Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“) und zu Gesundheitsförderung („Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“) verpflichtet werden. Diese Leistungen sollen unter anderem durch Maßnahmen in den **Lebenswelten** umgesetzt werden. Der Lebenswelt-Ansatz zielt darauf ab, Gesundheitsförderung in den Alltag der Menschen zu tragen und somit an Orte, wo sie einen großen Teil ihrer Zeit verbringen (siehe zum Lebenswelt-Ansatz auch Modul C 5). Auf diese Weise sollen sozial benachteiligte gesellschaftliche Gruppen besser partizipieren können, die bisher als „schlecht erreichbar“ galten.

Der Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbands in der Fassung vom 01.10.2018 nennt im 4. Kapitel „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach §20a SGB V“ unter anderem Kindergärten, Kitas, Schulen, Einrichtungen der ambulanten pflegerischen Versorgung, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, Kommunen mit hohem Anteil an Arbeitslosen, Hartz IV-Empfänger_innen, Migrant_innen, und älteren Menschen als geeignete Institutionen im Lebenswelt-Ansatz, um sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen.

Das Präventionsgesetz wird oft dafür kritisiert, dass es allein auf die gesetzliche Krankenversicherung und andere Sozialversicherungsträger beschränkt sei. So werde Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden (Kaba-Schönstein & Kilian, 2018; Gerlinger, 2018). Weitere Informationen zum Präventionsgesetz, siehe Modul B4.



Schauen Sie zur Vertiefung das Video: „Vermeidung von Krankheiten. Bundestag berät Präventionsgesetz.“ (Abspielzeit: 01:55 min.)
https://www.youtube.com/watch?v=L7yM5_zMPHE



Zur Vertiefung:

Infos des AOK-Bundesverband zu „Prävention in den Lebenswelten“:

https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/praevention/index_17701.html

und

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden Praevention 2018 barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf)

3.7.5 Die Charta der Vielfalt

Bei der Charta der Vielfalt handelt es sich nicht um eine rechtliche Richtlinie oder ein verbindliches Gesetz. Sie betrifft nur den Bereich Erwerbstätigkeit und stellt eine Selbstverpflichtung von Arbeitgeber_innen dar, Diversity in ihren Unternehmen und Institutionen zu fördern. Sie soll hier jedoch erwähnt werden, weil auch viele Akteur_innen und Institutionen des Gesundheitswesens ihr beigetreten sind, wie Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Sozialverbände etc..

Der Verein **Charta der Vielfalt e.V.** wurde 2006 von vier Unternehmen initiiert. Im Zentrum der Initiative steht eine Urkunde (Charta), in der die Unterzeichnenden sich dazu verpflichten, Vielfalt in der Arbeitswelt zu fördern und wertzuschätzen. Zum Ziel der Charta der Vielfalt ist im Urkundentext zu lesen: „Wir können wirtschaftlich nur erfolgreich sein, wenn wir die vorhandene Vielfalt erkennen und nutzen. Das betrifft die Vielfalt unserer Belegschaft und die vielfältigen Bedürfnisse unserer Kundinnen und Kunden sowie unserer Geschäftspartner.“ Nach diesem Wortlaut kann die Charta der Vielfalt eher in die ökonomisch begründete



te Richtung des Diversity Managements eingeordnet werden (vergl. Kapitel 3.1.2).

Rund 3000 Unternehmen und Institutionen mit ca. 10,4 Millionen Beschäftigten haben bisher die Charta der Vielfalt unterzeichnet. Sie verpflichten sich selbst dazu, „(...) ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das frei von Vorurteilen ist. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen Wertschätzung erfahren – unabhängig von Geschlecht, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung und Identität. Die Anerkennung und Förderung dieser vielfältigen Potenziale schafft wirtschaftliche Vorteile für unsere Organisation.“

Bitte schauen Sie zur Vertiefung diese beiden kurzen Videos zur Charta der Vielfalt:

„Der Erklärfilm zur Charta der Vielfalt“ (Abspielzeit 01:47 min.)

<https://www.youtube.com/watch?v=hV4FfcvknCU>

„Willkommen bei der Charta der Vielfalt“ (Abspielzeit 01:45 min.)

https://www.youtube.com/watch?v=I_E6_LVA2II

3.8 Diversity Management und Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen

Wie im Kapitel 3.1 dargestellt wurde, sind die Wurzeln des Diversity Ansatzes in den US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegungen zu finden. Ab den 1980er und 1990er Jahren wurde der Ansatz in US-amerikanischen Wirtschaftsunternehmen als Managementstrategie weiterentwickelt. Perko & Czollek (2007) weisen darauf hin, dass bei Diversity Management zunächst vor allem Profitinteressen und Produktivität von Unternehmen im Vordergrund standen, seit einiger Zeit Diversity Management aber auch in soziale Institutionen, Verwaltungen und im Gesundheitswesen eingeführt wird.

Im Bereich Gesundheit zielt Diversity Management darauf ab, „(...) angemessen auf Bedürfnisse von verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu reagieren und Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitschancen auszugleichen.“ (Borde, 2013:118). Doch bis jetzt gibt es in Deutschland

keine gesetzlichen Grundlagen, um Diversity Management in Institutionen des Gesundheitswesens verbindlich und flächendeckend zu verankern. Die meisten Schritte zur Öffnung für Diversity werden zur Zeit freiwillig oder als Modellprojekte durchgeführt und teilweise durch kommunale und staatliche Finanzierungspolitik befördert. Standards sind noch nicht in Sicht.

Perko & Czollek (2007) fragen kritisch, was die Motivation einer Institution sein kann, sich für Diversity zu öffnen und sich damit eventuell einem weitgreifenden strukturellen Veränderungsprozess zu unterziehen. Sie sprechen von vielfachen Widerständen in Bezug auf Diversity Management, denn eine Institution wie z.B. ein Krankenhaus ist Bestandteil der Gesellschaft und damit immer auch Spiegel gesellschaftlicher Machtverhältnisse sowie Wert- und Normalitätsvorstellungen. Auch Institutionen im Gesundheitswesen sind eingebettet in rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. Arbeitsrecht, Haushaltsrecht etc.), von Hierarchien durchzogen und mit der Anforderung konfrontiert, immer effizienter bei knapper werdenden finanziellen Mitteln zu arbeiten (vergl. Perko & Czollek, 2007).

So ist bei gegenwärtigen Diversity Management Aktivitäten im Gesundheitswesen häufig eine Mischung an Motiven zu finden: Neben dem normativen Ziel der Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit werden auch ökonomisch motivierte Interessen genannt, wie Kund_innen und Mitarbeiter_innen zu binden und neue Zielgruppen zu gewinnen.

3.8.1 Aktuelle Ansätze: DiM und IKÖ

Die Begriffe „Diversity Management“ und „Interkulturelle Öffnung“ werden im Gesundheitswesen oft abwechselnd verwendet und in der Praxis besteht eine gewisse Unschärfe in ihrer gegenseitigen Abgrenzung. Beide Begriffe umschreiben Maßnahmen und Ansätze, um adäquatere Gesundheitsdienstleistungen und -angebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen anzubieten und Zugangsbarrieren abzubauen. „Interkulturelle Öffnung“ (IKÖ) wird häufiger benutzt, wenn es um Zielgruppen mit Migrationshintergrund geht. Von „Diversity Management“ (DiM) wird eher gesprochen, wenn Zielgruppen mit den Diversity Dimensionen wie sexuelle Identität, Alter oder Behinderung adressiert werden sollen. Außerdem wird der Begriff DiM auch

benutzt, um eine nach „innen gewandte Strategie (...) als chancengleichen Zugang aller Mitarbeitenden hinsichtlich aller Positionen in der Organisation und der Aktivierung aller Ressourcen (...)“ zu bezeichnen (Mayer & Vanderheiden, 2014, S. 48). Andererseits sprechen auch Einrichtungen von IKÖ, die Zielgruppen mit höherem Alter und homo- und trans*sexueller Identität ansprechen, indem sie deren Lebensstil als soziokulturellen bzw. subkulturellen Lebensstil verstehen (Linschoten et al., 2016).



Der Begriff „Interkulturelle Öffnung (IKÖ)“ verweist auf institutionelle Strukturen, die sich dem Zugang bestimmter Bevölkerungsgruppen verschließen. Mit dem Ansatz von IKÖ gilt es, Institutionen zu öffnen, um eine höhere Partizipation der Zielgruppen zu ermöglichen und soziale Gerechtigkeit herzustellen. Unter IKÖ wird eine strategische Ausrichtung einer Organisation oder Institution verstanden. IKÖ soll „(...) Zugangsbarrieren in Organisationen für Minderheiten abbauen, die Angebote und Maßnahmen der infrastrukturellen und individuellen Versorgung an die in der Region ansässigen Bevölkerungsgruppen anpassen sowie differenzierte und auf die sozio-kulturellen Gruppen angepasste Angebote und Maßnahmen erstellen (Mayer & Vanderheiden, 2014, S. 35; nach Handschuck & Schröer, 2011). Im Zentrum steht „(...) Partizipation und Empowerment, die es den Beteiligten ermöglichen, sich nicht nur an die derzeit bestehenden Gesellschaftsstrukturen anzupassen, sondern vielmehr Zusammenhänge und Netzwerke zu kreieren und ressourcenorientiert zu denken.“ (ebda). Schröer betont außerdem, dass Interkulturelle Öffnung ein bewusst gestalteter Prozess ist, „(...) der (selbst-)reflexive Lern- und Veränderungsprozesse von und zwischen unterschiedlichen Menschen, Lebensweisen und Organisationsformen ermöglicht, wodurch Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen in den zu öffnenden Organisationen abgebaut werden und Anerkennung ermöglicht wird.“ (2007, S. 82-83)

DiM und IKÖ sind Managementstrategien, die von der Leitung einer Institution implementiert werden müssen (top down), da sie eine Reihe von strukturellen Veränderungsprozessen und -entscheidungen für die Institution selbst bedeuten. Im Prozess der Planung und Umsetzung ist es jedoch unbedingt erforderlich, die Mitarbeiter_innen auf allen Ebenen einzubeziehen.

Im Gesundheitswesen umfassen DiM und IKÖ häufig folgende Maßnahmen:

- Erstellung eines Leitbilds der Interkulturellen Öffnung für die gesamte Organisation
- Erarbeitung von Leitlinien und Evaluationskriterien, Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Kund_innenorientierung und Abbau von Zugangsbarrieren, Entwicklung von zielgruppenorientierten Angeboten und Maßnahmen
- Einstellung von Mitarbeiter_innen mit guten Kenntnissen der Lebenswelten der Zielgruppen und mit besonderen sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten z.B. Mitarbeiter_innen Migrationshintergrund / mit Behinderung / mit homo-, bi- bzw. transsexueller Identität etc.
- Personalentwicklung: Fort- und Weiterbildung im Bereich Interkulturelle Kompetenzen, Umgang und Kommunikation mit bestimmten Zielgruppen, Arbeit mit professionellen Sprachmittler_innen
- Einsatz von professionellen Sprachmittler_innen bzw. Gebärdendolmetscher_innen
- Entwicklung und Vorhalten von Informationsmaterial in relevanten Sprachen der Zielgruppen bzw. in leichter Sprache
- Informationskampagnen in zielgruppenspezifischen Medien (Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen)
- Kooperation und Vernetzung mit Multiplikator_innen: Beratungsstellen, Hilfestrukturen und Selbsthilfeorganisationen der Zielgruppen, Migrationsselbstorganisationen, bi-linguale Ärzt_innen, Strukturen der Behindertenhilfe, LGBT*-Community-Strukturen etc.
- Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung in den Lebenswelten der Zielgruppen (z.B. Wohnumgebung, Quartiersmanagement, Schulen und Bildungseinrichtungen, ethnische oder LGBT* communities etc.)
- Beratungsangebote bei den Krankenkassen in verschiedenen Sprachen und zu für die Zielgruppen relevanten Themen (vergl. Borde 2013; Halfmann 2014)

Die Vielfalt der Maßnahmen zeigt, dass IKÖ bzw. DiM als Querschnittsaufgabe in Organisationen zu begreifen ist. Dabei ist wichtig zu betonen, dass es sich um einen Prozess der Organisationsentwicklung handelt: Nicht alle Maßnahmen müssen

gleichzeitig umgesetzt werden sondern können auch schrittweise implementiert werden.

3.8.2 Praxis-Beispiele

Wie sieht nun DiM bzw. IKÖ in der Praxis aus? Im Kapitel 3.5.3 haben Sie bereits ein Beispiel für DiM kennen gelernt, das Projekt „Praxis Vielfalt“. Hier werden nun noch weitere Beispiele aus dem stationären und ambulanten Bereich gegeben.

In Krankenhäusern ist ein IKÖ Prozess oft sehr komplex und umfasst unterschiedliche gleichzeitig ablaufende Maßnahmen. IKÖ Prozesse müssen gesteuert werden – dies wird entweder von einem Team auf Leitungsebene oder von sogenannten Integrationsbeauftragten bewerkstelligt. Die Aufgaben von Integrationsbeauftragten sind abhängig von der jeweiligen Klinik, der Patient_innenstruktur und dem Versorgungsschwerpunkt der Klinik.

Hier stelle ich die **Aufgaben und Tätigkeiten des Integrationsbeauftragten Kemal Gün in der LVR-Klinik Köln** vor, der den IKÖ Prozess und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen steuert:

INTEGRATIONSBEAUFTRAGTER, LVR-KLINIK KÖLN (LVR – LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND)

Als erste psychiatrische Klinik in der Bundesrepublik Deutschland ernannte die LVR-Klinik Köln einen Integrationsbeauftragten im Umfang von 20 Wochenstunden. Dieser hat den Auftrag, die strukturelle Integration der Patientinnen und Patienten zu fördern und die Qualität der Versorgungsleistungen für Zuwanderer zu erhöhen. Damit soll der Weg für tiefer gehende Umstrukturierungen geebnet werden, welche die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund berücksichtigen.

Der Integrationsbeauftragte nimmt die Interessen des Krankenhauses in allen Belangen wahr, die mit Migrantinnen und Migranten zu tun haben. In seinem Zuständigkeitsbereich berät er die Vorstände bzw. die Betriebsleitung, Ärztinnen und Ärzte, Pflege, Verwaltung und – gegebenenfalls – den Träger. Auf diese Weise konnte realisiert werden, dass bei Stellenausschreibungen explizit interkulturelle Kompetenz als Einstellungskriterium (interkulturelle Kompetenz erwünscht) genannt wird, ein Interkultureller Konsildienst sowie eine Sprechstunde für interkulturelle Fragen eingerichtet, ein Dolmetschernetz aufgebaut und eine Liste mit den Fremdsprachenkenntnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammengestellt wurden. Weiterhin wurde das Thema Migration und Integration als fester Bestandteil des Leitbildes der Klinik verankert und

es finden regelmäßig Fortbildungen zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz statt (Integrationsbeauftragter ist ständiges Mitglied der Planungsgruppe des Fort- und Weiterbildungscurriculums).

In enger Kooperation und Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) macht der Integrationsbeauftragte Vorschläge zur Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und koordiniert diese. So wurde beispielsweise bei Stichtagserhebungen in Bezug auf die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten der Klinik, die Erfassung des Migrationshintergrundes eingeführt, ein klinikinterner Facharbeitskreis, der Qualitätszirkel Integration, gegründet sowie im Aufnahmebogen der Klinik die Möglichkeit zur Erfassung migrations-sensibler Daten geschaffen.

Nach Absprache mit dem Vorstand vertritt der Integrationsbeauftragte die Klinik in allen Belangen der Integration von Migrantinnen und Migranten in kommunalen Gremien, Arbeitsgruppen, etc. Er fördert den Kontakt zwischen der Klinik und kommunalen Stellen des Versorgungsgebietes, u.a. den Ausländerbeauftragten, Sozialdiensten sowie den kulturellen und gesellschaftlichen Vereinigungen der Migrantinnen und Migranten.

Quelle: BBMFI (2015): *Das Kultursensible Krankenhaus. Ansätze interkultureller Öffnung.*



Für ein weiteres Beispiel eines Klinik-Integrationsbeauftragten, siehe Koch et al. (2015)

https://www.vitos.de/fileadmin/user_upload/holding/Publikationen/Fachartikel/15-10_f_w_Koch_Staudt_Gary_Interkulturelle_808-813.pdf

Die **Interkulturellen BrückenbauerInnen in der Pflege (IBIP)** ist ein IKÖ-Beispiel aus dem ambulanten Bereich. Das 2015 gestartete Modellprojekt ist bei der Diakonie Stadtmitte Berlin angesiedelt und wird vom GKV Spitzenverband finanziert.

Das Projekt verfolgt das Ziel, für Menschen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf und ihren Angehörigen einen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen des bestehenden Hilfe- und Pflegesystems zu schaffen. IBIP erreicht die Zielgruppe niedrigschwellig und klärt sie über ihre Ansprüche und existierende Hilfsangebote auf. Denn viele

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wissen nicht über ihre Rechte und bestehenden Angebote bescheid, kennen die Aufgaben von Pflegestützpunkten oder von Sozialstationen nicht oder sind nicht mit der Rolle des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) vertraut. Aufgrund schlechter Erfahrungen mit deutschen Behörden besteht oft Misstrauen seitens Pflegebedürftiger und ihrer Familien im Kontakt mit Pflegestützpunkten und dem MDK. Im Rahmen des Projekts IBIP wurden zehn Brückenbauer_innen ausgebildet, die Deutsch und mindestens eine weitere Sprache der Migrant_innengruppen sprechen. Sie wurden in einer 6-monatigen Schulung in das deutsche Gesundheitssystem und die verschiedenen Rechtsansprüche sowie in Sprach- und Kulturmittlung eingeführt. Momentan bieten die Brückenbauer_innen Beratung und Übersetzung in sieben Sprachen an: Arabisch, Französisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch und Türkisch.

IBIP geht Probleme an wichtigen Schnittstellen im Pflegekontext an. Dabei arbeiten die Brückenbauer_innen auf verschiedene Weise: In manchen Fällen suchen sie zuerst das Gespräch alleine mit dem/der Pflegebedürftigen und den Angehörigen. Wenn genug Vertrauen aufgebaut ist, findet eine Tandemberatung zusammen mit der/dem Fachberater_in statt. Die Brückenbauer_innen arbeiten eng mit den Berater_innen der Pflegestützpunkte (in Berlin-Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln) zusammen. In vielen Fällen bieten die Fachberater_innen Ratsuchenden die Begleitung durch eine/n Brückenbauer_in an. Außerdem begleiten die Brückenbauer_innen Begutachtungsbesuche durch den MDK, um Missverständnissen vorzubeugen bzw. kulturmittelnd über die Rolle des MDK und dessen Fragen aufzuklären. Sie sind auch bei den obligatorischen Besuchen von Pflegekräften bei den pflegenden Angehörigen dabei (nach §37,3 SGB XI). Die Brückenbauer_innen weisen durch ihre Arbeit auch den MDK, Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen auf soziokulturelle Besonderheiten in Pflegeerwartungen ihrer Klient_innen hin und wirken dadurch kulturmittelnd auch in die andere Richtung.

IBIP betreibt außerdem Netzwerkarbeit mit Multiplikator_innen wie Migrantenvereinen, Einrichtungen der Altenhilfe, Ärzt_innen sowie Apotheker_innen und organisiert niedrigschwellige Informationsveranstaltungen in der Lebensumfeld der Zielgruppen. Alle Dienstleistungen von IBIP sind für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen kostenfrei.



Lesen Sie zur Vertiefung und als Pflichtlektüre bitte den Artikel:
„Mauern überwinden, Brücken bauen – Berlin macht es vor. Ein Besuch bei den Interkulturellen Brückenbaue_innen in der Pflege.“ In: MF Medifox Magazin 2016(2), S. 7-8

https://www.medifox.de/service/broschueren/?no_cache=1&tx_drblob_pi1%5BdownloadUid%5D=432



Zur Vertiefung:

-Website des Projekts: <https://www.diakonie-stadtmitte.de/senioren-pflege/interkulturelle-brueckenbauerinnen-in-der-pflege-ibip/ueber-das-projekt/>

Qualitätssiegel „Regenbogenschlüssel“ für Einrichtungen der Altenhilfe, um homosexuelle pflegebedürftige Menschen willkommen zu heißen.

Das niederländische Qualitätssiegel „Pink Passkey®“ für eine tolerante und akzeptierende Pflege und Betreuung von schwulen, lesbischen und bisexuellen Menschen wurde in zwei Pflegeheimen in Frankfurt am Main als Zertifikat namens „Regenbogenschlüssel“ eingeführt (Linschoten et al., 2016, S. 233-240). Durch den Qualifizierungsprozess für den „Regenbogenschlüssel“ wurde ein Diversity Management-Prozess gestartet mit dem Ziel, die Lebensbedingungen in den Pflegeeinrichtungen in Bezug auf sexuelle Vielfalt akzeptierend zu gestalten. Im Zuge dessen wurden bei der Einarbeitung von neuen Mitarbeiter_innen sowie in der Fort- und Weiterbildung die Themen sexuelle Identität und Antidiskriminierung ein integraler Bestandteil. Das Verständnis für die Lebenswelten von schwulen, lesbischen und bisexuellen Senior_innen wird als Voraussetzung für eine gute Pflege verstanden. Im Qualifizierungsprozess für den „Regenbogenschlüssel“ entwickelten die Pflegeeinrichtungen passende Angebote und Freizeitaktivitäten für homo- und bisexuelle Bewohner_innen. Auch andere Diversity-Dimensionen werden beachtet, wie eine kultursensible Pflege für Senior_innen mit Migationshintergrund. Im Rahmen des Qualitätssiegels „Regenbogenschlüssels“ wurden auf der institutionellen und personellen Ebene ebenfalls DiM Maßnahmen eingeführt: eine der Gesamtbevölkerung angemessene Geschlechterverteilung in Führungspositionen und eine Personalpolitik, durch die Mitarbeiter_innen in ihrer jeweiligen sexuellen Identität akzeptiert werden.





e-tivity 14:

1.) Schauen Sie sich bitte das folgende Video an:

Regenbogenschlüssel – Frankfurter Pflegeheime ausgezeichnet, Rheinmaintv (Abspielzeit 3:00 min.)

https://www.youtube.com/watch?v=DFooal_Li1k

2.) Reflektieren Sie anschließend in schriftlicher Einzelarbeit über folgende Fragen:

a) Können Sie sich vorstellen, in einer Einrichtung zu arbeiten, die den „Regenbogenschlüssel“ als Qualitätssiegel und die damit verbundenen Maßnahmen eingeführt hat?

b) Was wäre positiv, was wäre schwierig? (Stellen Sie sich den Arbeitsalltag vor und Ihre Interaktion mit den Bewohner_innen und Kolleg_innen)

3.) Stellen Sie die Aspekte, die Sie mit Ihrer Gruppe teilen wollen im Forum ein und geben Sie zu einem anderen Beitrag ein Feedback.

3.9 Diversität im eigenen Berufsfeld / Ideen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit

Mit dem Praxisbeispiel des Qualitätssiegels „Regenbogenschlüssel“ (Kapitel 3.8.2) haben Sie ein Diversity Management-Projekt kennengelernt, das Diversitätsgerechtigkeit gleich auf zwei Ebenen angeht: auf der Ebene der Patient_innen bzw. Bewohner_innen der Pflegeheime und auf der Ebene der Mitarbeiter_innen, Personalpolitik und Machtverteilung in beiden Einrichtungen.

In diesem letzten Kapitel geht es darum, über den Umgang mit Diversität in Bezug auf Patient_innen bzw. Klient_innen in Ihrem eigenen Berufsfeld zu reflektieren, Handlungs- und Optimierungsbedarf zu identifizieren und Ideen für mehr Diversitätsgerechtigkeit und gesundheitliche Chancengleichheit zu entwickeln. Gleichzeitig leitet dieses Kapitel mit seinen e-tivities zur Prüfungsleistung für das gesamte Modul über.

Am Ende des Kapitels finden Sie noch eine optionale e-tivity zum Umgang mit Diversität im Team, unter Mitarbeiter_innen und innerhalb institutioneller Strukturen.

In den vorausgehenden Kapiteln ist deutlich geworden, dass unser Gesundheitssystem unzureichend auf heterogene gesundheitliche Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen eingeht und etliche Bevölkerungsgruppen im deutschen Gesundheitssystem mit Zugangsbarrieren konfrontiert sind. Diese Tatsache resultiert in einer ungerechten Verteilung von Gesundheitschancen und in erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilitäten bestimmter Teile der Bevölkerung.

Sie als Praxis-Expert_innen sind an dieser Stelle gefragt, darüber nachzudenken, welche Strukturen und Versorgungskonzepte fehlen oder verändert werden müssen, um bestimmten Teilen der Gesellschaft in der Gesundheitsversorgung gerechter zu werden und Zugangsbarrieren abzubauen.

Hier sind Sie dazu aufgerufen, kreative Ideen für Maßnahmen Interkultureller Öffnung bzw. Diversity Management zu entwickeln! Als ersten Schritt bitten wir Sie, in einer Kleingruppe eine Analyse des Ist-Zustands in Ihrem Berufsfeld durchzuführen. Anschließend folgt der Prozess der Ideen-Entwicklung.



e-tivity 15:

1. Schritt:

Analysieren Sie den Ist-Zustand im eigenen Berufsfeld mit folgenden Fragen:

a) Gibt es bestimmte Bevölkerungsgruppen (mit Diversitätsmerkmalen, oder Untergruppen), deren Zugangsbarrieren zu den Gesundheitsdienstleistungen in Ihrem Berufsfeld besonders hoch sind? Wer kommt zu Ihnen, wer nicht? Gibt es Gruppen, die besonders niedrige Gesundheitschancen haben? Gibt es benachteiligende bzw. ausgrenzende Umgangsweisen oder Strukturen?

b) Wie sehen die Zugangsbarrieren/Probleme aus, wo genau liegt das Problem aus Ihrer Sicht? Überlegen Sie auch, wie es die Betroffenen selbst sehen könnten, und ob es Wege gibt, mehr über deren Interessen und Sichtweisen herauszufinden.

Machen Sie sich dazu Notizen und tauschen Sie sich darüber in Ihrer monoprofessionellen Gruppe aus.



2. Schritt: Ideenentwicklung zu IKÖ- bzw. DiM Maßnahmen:

Wie könnten den identifizierten Zugangsbarrieren/Problemen begegnet werden?

→ *Lassen Sie Ihrer Kreativität freien Lauf und achten Sie an dieser Stelle nicht zu sehr auf ökonomische oder institutionelle Sachzwänge*

- Wie könnten inkludierende, diversity-orientierte Interventionen oder Maßnahmen aussehen? (z.B. bessere Ansprache von Zielgruppen durch Einbindung von Multiplikator_innen, Erstellung von Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen/leichter Sprache, Angebote in der Lebenswelt der Zielgruppe etc., vergl. Kapitel 3.8.1).
- Sollten Angebote und Informationen zielgruppensensibel/kultursensibel entwickelt werden? (wenn ja, wie? Siehe das Projekt „InterAktiv e.V.“, das im Kontext Migration und Behinderung mehr flexible familienunterstützende Angebote entwickelt hat, Kap. 3.6).
- Wie und an welchen Stellen könnte die Zielgruppe selbst an der Planung von Maßnahmen beteiligt werden?



3. Schritt: Prüfungsleistung für das Modul:

Erstellen Sie in Ihrer Arbeitsgruppe eine Präsentation von maximal 10 Minuten Länge (als Podcast, als Video - z.B. mit Ihrem Handy aufgenommen -, als Powerpoint Präsentation mit eingesprochenen Kommentaren etc.).

Die Präsentation soll die in der Gruppe entwickelten Ideen für IKÖ- bzw. DiM-Maßnahmen darstellen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Das Modul C4 – *Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit* hat Sie mit dem Diversity Ansatz vertraut gemacht und für unterschiedliche Formen und Diskriminierung und Benachteiligung gesellschaftlicher Gruppen im Gesundheitswesen sensibilisiert.

Im Modul wurde deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem bis heute unzureichend auf unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen reagiert und Barrierefreiheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen noch sehr ungenügend vorhanden ist. Auch persönliche Haltungen und Einstellungen von Akteur_innen im Gesundheitswesen tragen dazu bei, dass Patient_innen und Klient_innen täglich Diskriminierungen und Benachteiligung erfahren - oder dass sie das Gesundheitssystem meiden, weil sie Diskriminierung befürchten. Es konnte gezeigt werden, dass diese Faktoren zusammen genommen dazu führen, dass bestimmte Teile der Bevölkerung aufgrund ihrer divergenten Voraussetzungen, Merkmale und Bedürfnisse deutlich schlechtere Gesundheitschancen haben.

Der Kurs hatte das Ziel, Sie für diskriminierende und exkludierende Strukturen im Gesundheitssystem und in Ihrem Arbeitsalltag zu sensibilisieren. Auch ging es darum, den eigenen Umgang und eigene Reaktionen gegenüber Menschen zu reflektieren, die von der dominanten gesellschaftlichen Norm abweichen.

Als Expert_innen aus der Praxis wurden Sie dazu aufgefordert, Optimierungs- und Handlungsbedarf in Ihrem eigenen Berufsumfeld zu identifizieren und Ideen für eine diversity-sensiblere Gesundheitsversorgung zu formulieren. Dieser Ideenentwicklungsprozess soll Sie dazu befähigen, auch in Zukunft daran mitzuarbeiten – idealerweise auch durch interprofessionelle Vernetzung - dass benachteiligte gesellschaftliche Gruppen größere Sichtbarkeit und Aufmerksamkeit im Gesundheitswesen erhalten und Zugangsbarrieren verringert werden.

Effektiv sind solche Maßnahmen vor allem dann, wenn die Lebenswelten und Bedarfe bestimmter Bevölkerungsgruppen berücksichtigt wer-

den, wie dies z.B. im Projekt „InterAktiv e.V.“ der Fall ist. Das folgende Modul C5 wird den Lebenswelt-Ansatz vertiefen.

5. Literaturverzeichnis

ADS - Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.) (2017): *Handbuch „Rechtlicher Diskriminierungsschutz“*. Berlin

ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2015): *Gleiche Rechte – gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. Bericht der unabhängigen Expert_innenkommission der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. Berlin

ADS - Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.) (2010): *AGG-Wegweiser. Erläuterungen und Beispiele zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz*. Berlin

Ahmed, S. (2007): „The language of diversity.“ In: *Ethnic and Racial Studies*, Vol. 30 (2) (S. 235-256)

Altgeld, T. (2018): „Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, E-Book 2018 (doi 10.17623/BZGA:224) Köln (S. 56-61)

Altgeld, T. (2013): „Diversity Management in der Gesundheitsförderung“. In: Altgeld, T./Bächlein, B./Deneke, C. (Hrsg.). *Diversity Management in der Gesundheitsförderung*. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse Verlag (S. 49-72)

Babitsch, B./Borde, T./David, M. (2008): Doctor’s perception of doctor-patient relationships in emergency departments: what roles do gender and ethnicity play?“ in: *BMC Health Serv Res* 11(8) (S. 1-10)

BBMFI - Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014): *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin

BBMFI - Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2015): *Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen*. Berlin

BBMFI - Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2015): *Das Kultursensible Krankenhaus. Ansätze interkultureller Öffnung*. Berlin

BBMFI – Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016): *11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration - Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland*. Berlin

Bendl, R./Hanappi-Egger, E./Hofmann, R. (Hrsg.) (2012): *Diversität und Diversitätsmanagement*. Wien: Facultas Verlag

Bermejo, I./Ruf, D./Möske, M./Härter, M. (2011): „Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten.“ In: Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer (S. 209-215)

Bermejo, I./Hölzel, L./Kriston, L./Härter, M. (2012): „Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen.“ In: *Bundesgesundheitsblatt* 2012(55) (S. 944-953)

BVT* - Bundesverband Trans* (2017): *Policy Paper Gesundheit des Bundesverband Trans*. Trans* - Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik*. Berlin.

BVT* - Bundesverband Trans* (2016): *Stellungnahme zur Menschenrechtssituation von transgeschlechtlichen, transgender, transidente, transsexuellen und anderen geschlechtlich nicht-konform empfindenden Menschen (kurz: trans*) in Deutschland: Kommentierung des Entwurfes des unabhängigen Evaluierungsberichtes anlässlich des deutschen OSZE-Vorsitzes 2016*. Berlin.

Bössing, C./Schrooten, K./Tiesmeyer, K. (2019): „Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten“ In: Walther, K. / Römisch, K. (Hrsg.): *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit*. Wiesbaden: Springer (S. 51-87)

Borde, T. (2002): *Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie*. Dissertation. Berlin: Technische Universität Berlin, Fakultät VIII – Wirtschaft und Management <https://d-nb.info/963906100/34>

Borde, T. (2018): „Kommunikation und Sprache. Herausforderungen und Chancen einer diversitätsgerechten Gesundheitsversorgung.“ *Gynäkologische Endokrinologie* 2017 (1-7), DOI: 10.1007/s10304-017-0167-6

Borde, T. & Blümel, S. (2018): „Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, E-Book 2018 (doi 10.17623/BZGA:224) Köln (S. 453-462)

Borde, T. (2013): „Zur Bedeutung der Ethnizität als Faktor im Diversity Management“ In: Altgeld, T./Bächlein, B./Deneke, C. (Hrsg.): *Diversity Management in der Gesundheitsförderung*. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag (S. 115-118)

Brandmaier, M. (2011): *Wie gestaltet sich die Bewältigung traumatischer Erlebnisse im Exil?* Münster: Lit Verlag

Brenne, S./David, M./Borde, T./Breckenkamp, J./Razum, O. (2015): „Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin“. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2015 (58) (S. 569-576)

Brodén, Anne & Mecheril, Paul (Hrsg.) (2007): *Re-präsentationen. Dynamik der Migrationsgesellschaft*. Düsseldorf

Brodhun, B./Altmann, D./Fiebig, L./Haas, W. (2013): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2011. Berlin: Robert Koch Institut

BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006): *Migrationsbericht 2006 des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung*. Berlin

https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2006.pdf?__blob=publicationFile

Bundesärztekammer (2016): 119. *Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll*. Hamburg 24.-27.05.2016.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETBeschlussprotokoll20160603.pdf

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): *Ratgeber für Menschen mit Behinderung*. Bonn

BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen*. Berlin

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). *Familienreport 2017*. Berlin

Buckow, W. (1996): *Feindbild Minderheit – Ethnisierung und ihre Ziele*. Opladen

Bundeszentrale für politische Bildung (29.09.2018): *Zahlen und Fakten. Die soziale Situation Deutschlands. Bevölkerung mit Migrationshintergrund I*. Berlin <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>

Castro Varela, M. (2010): „Un-Sinn: Postkoloniale Theorie und Diversity“ In: Kessl, F. & Plößer, M. (Hrsg.): *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit*. Wiesbaden: VS Verlag (S. 249-262)

David, M./Borde, T./Brenne, S./Ramsauer, B./Henrich, W./Breckenamp, J./Razum, O. (2014): „Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women. Results of a Prospective Study in Berlin“. In: *Geburtsh Frauenheilk* 2014; 74(5) (S. 441–448)

David M./Borde, T./Brenne, S./ Henrich, W./Breckenamp, J./Razum, O. (2015): „Caesarean Section Frequency among Immigrants, Second- and Third-Generation Women, and Non-Immigrants: Prospective Study in Berlin/Germany“. In: *PLoS ONE* 2015; 10 (5): e0127489 (S. 1-13)

Degener, T. & Decker, M. (2019): „Das Recht auf Gesundheit. Gesundheit im Licht der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung.“ In: Walther, K./ Römisch, K. (Hrsg.): *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit*. Wiesbaden: Springer (S. 35-50)

Dennert, G. & Wolf, G. (2009): „Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung.“ In: *Femina Politica* 2009 Nr.18(1) (S. 48-59)

Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013): „Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung – Lebenserwartung und gesundheitliche Risiken“. In: diess. (Hrsg.): *Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht*. Stuttgart: KVJS-Forschung (S. 26-42)

Elsuni, S. (2013): „Diskriminierung im Gesundheitswesen – Rechtswissenschaftliches Fachgutachten“. In: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS) (Hrsg.) (2013). *Ist das Diskriminierung? Rechtliche Facheinschätzung für die AGG-Beratungspraxis*. Berlin (S. 17-59)

European Union Agency for Fundamental Rights (2014): *Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>

Franke, B. (2018): „Schutz vor Benachteiligung im Zivilrechtsverkehr“ (Kommentar zu ärztlichen und Krankenhausbehandlungsverträgen, Abs. 39). In: Däubler, W./ Bertzbach, M. (Hrsg.): *Allgemeines Gleichbe-*

handlungsgesetz Handkommentar. 4. Aufl., Baden-Baden: Nomos (S. 786-787)

Franke, B. & Kluge, I. (2015): „Der Schutz vor Diskriminierung im Gesundheitswesen.“ In: *Neue Justiz Online*, Nr. 457 (S. 458-461)

Franz, I./Rommel, A./Lampert, T. (2017): „Die Gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland.“ In: *G+G Wissenschaft*, Jahrg. 2017(2) (S. 7-14)

Frings, D. (2011): „Diskriminierungsverbote im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und der EU-Antirassismusrichtlinie.“ In: Van Keuk, E. et al. (Hrsg.): *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer (S. 71-82)

Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books

Gerlach, H./Becker, N./Abholz, H.-H. (2008): „Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten.“ In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Nr. 84 (S. 428-435)

Gerlinger, T. (2018): „Präventionsgesetz“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, E-Book 2018 (doi 10.17623/BZGA:224) Köln (S. 798-807)

GKV Spitzenverband (Hrsg.): *Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs. 2 SGBV vom 21.06.2000 in der Fassung vom 01.10.2018*. Berlin

Goffman, E. (1974): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main

Gramelt, K. (2010): *Der Anti-Bias-Ansatz*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Gummich, J. (2004): „Schützen die Antidiskriminierungsgesetze vor mehrdimensionaler Diskriminierung? Oder: Von der Notwendigkeit die Ausgeschlossenen einzuschließen“. In: Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin des Türkischen Bunds Berlin-Brandenburg (Hrsg.): *Mehrfachzugehörigkeit als Bürde oder Chance?* Berlin (S. 6-15)

Halfmann, J. (2014): *Migration und Behinderung. Orientierungswissen für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer

Handschuck, S. & Schröer, H. (2011): *Interkulturelle Orientierung und Öffnung. Theoretische Grundlagen und 50 Aktivitäten zur Umsetzung*. Augsburg. ZIEL Verlag

Hasseler, M. (2014): „Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung.“ In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139 (40) (S. 2030-2034)

Havemann, M. & Stöppler, R. (2014): *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer

Hofmann, Roswitha (2012): „Gesellschaftstheoretische Grundlagen für einen reflexiven und inklusiven Umgang mit Diversitäten in Organisationen“ In: Bendl, R./Hanappi-Egger, E./Hofmann, R. (Hrsg.) (2012): *Diversität und Diversitätsmanagement*. Wien: Facultas Verlag (S. 23-60)

Hüper, C. & Kerkow-Weil, R. (2007): „Schmerz im Migrationskontext“. In: Domenig, D. (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. (2. Auflage). Bern: Huber (S. 541-558)

ILS - Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (2015): *Keine Angst vorm Krankenhaus?! Ergebnisse einer Befragung – Handlungsempfehlungen für umfassende Assistenz im Krankenhaus*. <https://www.isl-ev.de/index.php/aktuelles/projekte/assistenz-im-krankenhaus>

Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H. (2018): „Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit.“ In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, E-Book 2018 (doi 10.17623/BZGA:224) Köln (S. 485-501)

Karacayli, E. & Kutluer, F. (2012): *Projektabschlussbericht. Projekt „Behinderung und Migration“*
https://www.bethel.de/fileadmin/Bethel/downloads/zum_thema/Abschlussbericht_Projekt_Behinderung_und_Migration.pdf

Karsay, D. (2017): *Gesundheitliche Diskriminierung von Menschen außerhalb des binären Geschlechtersystems*. Berlin
<https://www.boell.de/de/2017/10/10/gesundheitliche-diskriminierung-von-menschen-ausserhalb-des-binaeren-geschlechtersystems>

Kizilhan, I. (2011): „Psychologie der Migration.“ In: Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer (S. 55-62)

Kizilhan, I. (2010): „Psychotherapeutisches Arbeiten in institutionellen Settings.“ In: “. In: Hegemann, T. / Ramazan, S. (Hrsg.): *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag (S. 169-184)

- Koch, E./Staudt, J./Gary, A. (2015): „Medizinische Versorgung von Migranten. Interkulturelle Öffnung“. In: *f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 10/2015 (S. 808-813)
- Kohan, D. (2012): *Behinderung und Migration: eine doppelte Belastung? Eine empirische Studie zu jüdischen Kontingentflüchtlingen mit einem geistig behinderten Familienmitglied*. Freiburg: Centaur
- Kohler, S./Kofahl, C./Trojan, A. (Hrsg.) (2009): „Zugänge zur Selbsthilfe. Ergebnisse und Praxisbeispiele aus dem Projekt ‚Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen‘“. *Gesundheitsförderung und Selbsthilfe*. Bd. 24. Bremerhafen: Wirtschaftsverlag
- Kohnen, N. (2003). *Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens*. Ratingen: ppv
- Lenthe, U. (2016): *Transkulturelle Pflegepraxis*. Bedürfnisse erheben – erwägen – erfüllen. Wien: Facultas
- Linschoten, M./Lottmann, R./Lauscher, F. (2016): „`The Pink Passkey®` - ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LGBT*1-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen“. In: Lottmann, R./ Lautmann, R./ Castro Varela, M. (Hrsg.): *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer (S. 227-241)
- Lottmann, R. (2016): „Mehr als ein Leuchtturm? Der `Lebensort Vielfalt` – ein Wohnprojekt für ältere Schwule, Lesben und Heterosexuelle“ In: Lottmann, R./ Lautmann, R./ Castro Varela, M. (Hrsg.): *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer (S. 83-110)
- Machleidt, W. & Heinz, A. (2011): „Dynamische Modelle der Migration.“ In: Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer (S. 33-42)
- Mau, V./Grimmer, A./Poppele, G./Felchner, A./Elstner, S./Martin, P. (2015): „Geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene: Bessere Versorgung möglich.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 112(47) (S. 1980-1985)
- Mayer, C.-H. & Vanderheiden, E. (2014): „Grundlagentexte: Begriffe und Konzepte im Kontext interkultureller Öffnung“. In: Vanderheiden, E & Mayer, C.-H. (Hrsg.): *Handbuch Interkulturelle Öffnung*. Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (S. 27-50)
- Mbue, I. (2017): *Das geträumte Land*. Köln: Kiepenheuer & Witsch
- McCall, L. (2005): „The complexity of intersectionality“ In: *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2005/30 (3) (S. 1771-1800)
- Mecheril, P. (2007): „Diversity. Die Macht des Einbezugs.“ In: *Heimatkunde – Migrationspolitische Portal*, Heinrich Böll Stiftung. Berlin

<https://heimatkunde.boell.de/2007/01/18/diversity-die-macht-des-einbezugs>

Medifox Magazin (2016): „Mauern überwinden, Brücken bauen – Berlin macht es vor. Ein Besuch bei den Interkulturellen Brückenbaue_innen in der Pflege.“ In: *MF Medifox Magazin* 2016(2) (S. 7-8)

Meyer, B. (2008): *Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial*. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Hamburg

Meyer, I. (1995): „Minority stress and mental health in gay men“. In: *Journal of Health and Social Behavior*. 1995(36,1) (S. 38-56)

Oltmer, J. & Barbian, N. (2016): *Ein Blick in die deutsche Geschichte. Vom Ein- und Auswandern*. Berlin: Jacoby & Stuart

Pates, R./Schmidt, D./Karawanskij, S./Liebscher, D./Fritzsche, H. (Hrsg.) (2010). *Antidiskriminierungspädagogik. Konzepte und Methoden für die Bildungsarbeit mit Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag

Perko, G. & Czollek, L.C. (2007): „‘Diversity‘ in außergewöhnlichen Kontexten: Bedingungen und Möglichkeiten der Umsetzung.“ In: Broden, A. & Mecheril, P. (Hrsg.) (2007): *Re-präsentationen. Dynamik der Migrationsgesellschaft*. Düsseldorf (S. 161-180)

Plötz, K. & Zacharias, C. (2015): *Abschlussbericht zur Entwicklung der Kampagne „Gemeinsam für Vielfalt in Niedersachsen*. Hannover
<https://www.ms.niedersachsen.de/download/110348>

Razum, O. et al. (2008a): *Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch Institut

Razum, O./Zeeb, H./Schenk, L. (2008b): „Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2008, 105(47) (S. 2520-2522)

Razum, O. & Brzoska, P. (2016): „Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation. Zugänglichkeit und Ergebnisse“ In: *WISO direkt* 06/2016 - Friedrich Ebert Stiftung

Rosenstreich, G. (2007): „The Mathematics of Diversity Training: Multiplying Identities, Adding Categories and Intersecting Discrimination.“ In: Broden, A. & Mecheril, P. (Hrsg.). (2007): *Re-präsentationen. Dynamik der Migrationsgesellschaft*. Düsseldorf (S. 131-159)

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld

Schenk, L. et al. (2008): *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut Berlin

Schenk, L. (2016): *Migrationssensible Gesundheitsforschung*. Habilitationsschrift. Charité Universitätsmedizin Berlin. <https://dnb.info/1121588042/34>

Schindler, F. (2018): „Erst diskriminiert, dann abhängig – Medikamentenmissbrauch unter LGBTs“ In: *TAZ* 21.11.2018 <http://www.taz.de/!5548738/>

Schmidt-Ohlemann, M. (2017): „Medizinische Rehabilitation für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“. Vortrag auf der DGMGB Jahrestagung, Karlsruhe https://dgmgb.de/Images/pdfs/Tagungen/BAG_Jahrestagungen/2017/vortr%C3%A4ge/1_matthias_schmidt-ohlemann.pdf

Schröer, H. (2007): *Interkulturelle Öffnung und Diversity Management*. Eine Expertise im Auftrag von anakonde GbR. München

Schütze, L. (2016): „Endlich (Un)Sichtbar: Schwule ältere Männer als „Nicht-Subjekte“ in einer alternden Gesellschaft.“ In: Lottmann, R./ Lautmann, R./ Castro Varela, M. (Hrsg.): *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer (S. 129-145)

Seifert, M. (2010): *Kundenstudie. Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung*. Abschlussbericht. Berlin: Rhombos Verlag

Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Landesstelle für Gleichbehandlung–gegen Diskriminierung (LADS) (2013). *Ist das Diskriminierung? Rechtliche Facheinschätzung für die AGG-Beratungspraxis*. Berlin

Sluzki, C. (2010): „Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen“. In: Hegemann, T. & Ramazan, S. (Hrsg.): *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag (S. 108-123)

Sieben, A. & Straub, J. (2011): „Migration, Kultur und Identität.“ In: Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer (S. 43-53)

Spindler, S. (2006): *Corpus delicti - Männlichkeit, Rassismus und Kriminalisierung im Alltag jugendlicher Migranten*, Münster

Statistisches Bundesamt/DESTATIS (2018): *Mikrozensus 2017 (Pressemittteilung 01.08.2018)*

Statistisches Bundesamt (2017): Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus, Wiesbaden

Sündermann, K. (2005): *Spirituelle Heiler im modernen Syrien*. Berlin: Hans Schiler Verlag

Teczan-Güntekin, H. & Breckenkamp, J. (2017): „Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund.“ In: *G+G Wissenschaft*, Jahrg. 2017(2) (S. 15-23)

TGEU - Transgender Europe (2017): *Overdiagnosed – Underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: TGEU's Trans Health Survey*. <https://tgeu.org/wp-content/uploads/2017/10/Overdiagnosed Underserved-TransHealthSurvey.pdf>

UN-Behindertenrechtskonvention,
[https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UNKonvention_deutsch.pdf? blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UNKonvention_deutsch.pdf?blob=publicationFile&v=2)

Von Bose, A. & Terpstra, J. (2012): *Muslimische Patienten pflegen*. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin/Heidelberg: Springer

Walgenbach, K. (2012): „Intersektionalität als Analyseperspektive heterogener Stadträume“. In: Scambor, E. & Zimmer, F. (Hrsg.): *Die intersektionelle Stadt. Geschlechterforschung und Medien an den Achsen der Ungleichheit*. Bielefeld: transcript (S. 81-92)

Walgenbach, K. (2017): *Heterogenität – Intersektionalität – Diversity in der Erziehungswissenschaft*. Opladen/Toronto: Verlag Barbara Budrich

Wansing, G. & Westphal, M. (Hrsg.) (2014): *Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität*. Wiesbaden: Springer VS

Windisch, M. (2014): „Lebenslagenforschung im Schnittfeld zwischen Behinderung und Migration.“ In: Wansing, G. & Westphal, M. (Hrsg.) (2014): *Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität*. Wiesbaden: Springer VS (S. 119-138)

Wolf, G. (2010): „Gesundheitsversorgung: Barrieren für homosexuelle Patienten“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107(44) (S. 2166-2167)

Wolf, G. (2016): „Psychotherapeutische Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung.“ In: *Psychotherapie Wissenschaft* 2016(2) (S. 100-107)

WHO - World Health Organization (2001): *Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf

Zielke-Nadkarni, A. (2007): „Gesundheits- und Krankheitskonzepte“ In: Domenig, D. (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. (2. Auflage). Bern: Huber (S. 191-204)

Zimmermann, E. (2000): *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin*. Bern: Hans Huber

6. Linkverzeichnis, Videos

Nr.	Bezeichnung, Titel	Urheber_in, Hrsg.	URL	Zuletzt eingesehen
1	Quelle für Abb. 1,	Philoskop, Dr. C. Bruell	http://www.philoskop.org/blog/2016/11/11/was-ist-gerecht	12.02.2019
2	„All that we share“ (Video)	TV 2 Danmark	https://www.youtube.com/watch?v=jD8tjhVO1Tc	12.02.2019
3	Quelle für Abb. 2, Diversity Dimensionen	Charta der Vielfalt e.V.	https://www.charta-der-vielfalt.de/diversity-verstehen/diversity-dimensionen/	12.02.2019
4	Diskriminierungsformen	Ver.di Jugend, Schlaumachen! Das Portal gegen Diskriminierung	http://www.aktiv-gegen-diskriminierung.info/diskriminierungsformen	12.02.2019
5	Diversity. Die Macht des Einbezugs. Artikel von P. Mecheril	Heinrich Böll Stiftung, Heimatkunde, Migrationspolitisches Portal	https://heimatkunde.boell.de/2007/01/18/diversity-die-macht-des-einbezugs	12.02.2019
6	„The danger of a single story“ von Chimamanda Adichie (TED Talks) (Video)	TEDGlobal 2009, TED Ideas worth spreading	https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=de	12.02.2019
7	„Migration Weltweit“ (Video)	Bundeszentrale für politische Bildung	https://www.youtube.com/watch?v=OkhlRhLsoks	12.02.2019
8	Quelle für Abb. 3	Demografie Portal des Bundes und der Länder	https://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_Migrationshintergrund.html	
9	Quelle für Abb. 4	Statistisches Bundesamt / Destatis 2018	https://www.google.com/search?q=Altersstruktur+menschen+mit+Migrationshintergrund&client=firefox-bab&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjS4NectYvfAhWP66QKHZNCCY0Q_AU-IDyqC&biw=1669&bih=909#imgrc=aoo99HjAhzCpjM	12.02.2019
10	Projekt IMIRA, verbesserte Einbindung von	Rober Koch Institut (RKI)	https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_tab.html	12.02.2019

	Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitsmonitoring am RKI			
11	Gemeindedolmetschdienst Berlin	Gemeindedolmetschdienst Berlin - GDD	https://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/	12.02.2019
12	SprInt – Sprach- und Integrationsmittlung	SprInt, gemeinnütz. eG Wuppertal	https://www.sprachundintegrationsmittler.org/	12.02.2019
13	Kultursensible Patient_innen-zentrierte Anamnesesoftware	Aidminutes GmbH	https://www.aidminutes.com/	12.02.2019
14	Dolmetschen per Video	SAVD Videodolmetschen GmbH	https://www.videodolmetschen.com	12.02.2019
15	DICTUM - Digitale Kommunikationshilfen für nicht-deutschsprechende Patienten	Institut für Allgemeinmedizin Universitätsmedizin Göttingen	http://www.dictum.med.uni-goettingen.de/de/content/ueberdictum.html	12.02.2019
16	Tip doc – Bildtafeln mit mehrsprachigen Untertiteln	Setzer Verlag	http://www.setzer-verlag.com/	12.02.2019
17	„Mein Körper in Wort und Bild.“ Förderung des Wissenserwerbs im Bereich sexuelle Gesundheit	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	https://www.zanzu.de/de/	12.02.2019
18	Begriffe über Behinderung von A bis Z	Sozialhelden e.V.	www.leidmedien.de/begriffe	12.02.2019
19	Position von „Mensch zuerst e.V. zum Begriff	Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland	http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/was-tun-wir/kampf-gegen-den-begriff-geistig-behindert.php	12.02.2019

	„geistig behindert“	e.V.		
20	Aspekte der Barrierefreiheit	Praxis-Tool Barrierefreiheit / Stiftung Gesundheit Förderungsgemeinschaft e.V.	http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/barrierefreiheit-in-der-arztpraxis/aspekte-der-barrierefreiheit.html	12.02.2019
21	Video von der Paralympics-Siegerin Daniela Schulte über die Bedeutung von barrierefreien Arztpraxen	Stiftung Gesundheit	https://www.stiftung-gesundheit.de/stiftung/projekte-zur-barrierefreiheit.htm	12.02.2019
22	Über das Projekt „Barrierefreie Praxis“ u. Kriterien zu Barrierefreiheit	Projekt „Barrierefreie Praxis“ / Stiftung Gesundheit	https://www.arzt-auskunft.de/de/alles-ueber-die-arzt-auskunft/barrierefreie-praxis.htm	12.02.2019
23	Netzwerk zur Verbreitung von leichter Sprache, Erstellung und Übersetzung von Texten in leichte Sprache	Netzwerk Leichte Sprache e.V.:	https://www.leichte-sprache.org/	12.02.2019
24	Website der Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung	Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V.	https://dgmgb.de/	12.02.2019
25	Website zu Begriffen wie cis-gender, queer, transgender etc.	News – Fakten, Leben, Menschen VGN Digital GmbH	https://www.news.at/a/sexuelle-orientierung-homo-queer-drag-was-8184712	12.02.2019
26	Leitlinien für Psychotherapie und Beratung mit lesbischen,	Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psycholo-	https://www.vlsp.de/files/pdf/vpp1-15_s2_empfehlungen.pdf	12.02.2019

	schwulen und bisexuellen Klient_innen	gie - VLSP e.V.		
27	„Heimliche Liebe? Diskriminierung Homosexueller“ (Video)	Panorama 3, NDR	https://www.youtube.com/watch?v=J0osl2hGnkQ	12.02.2019
28	Über das Projekt „PRAXIS VIELFALT“ (Video)	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.	https://www.praxis-vielfalt.de/	12.02.2019
29	Was leistet das PRAXIS VIELFALT Gütesiegel? –Wie funktioniert der Zertifikationsprozess?	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.	https://www.praxis-vielfalt.de/was-leistet-das-guetesiegel	12.02.2019
30	Intersexuell, Transsexuell, Transgender – Wandel der Geschlechterrollen (Video)	MDR um 4	https://www.youtube.com/watch?v=pzjZxfcAbe4	12.02.2019
31	Trailer zum Film „The Danish Girl“ (2015)	Universal Pictures Germany	https://www.youtube.com/watch?v=pzjZxfcAbe4	12.02.2019
32	Website des Lesben- und Schwulenverbands Deutschland	LSVD-Verein für europäische Kooperation e.V.	https://www.lsvd.de/	12.02.2019
33	Quelle von Abb. 7	Götz Kolle M.A.	https://kulturshaker.de/paedagogik-der-begegnung/machtkritische-ansaetze/intersektionalitaet/	12.02.2019
34	Intersektionalität-Konzept / Kimberlé Crenshaw an: „The urgency of intersectionality“ (TED Talks)	TED Ideas worth spreading	https://www.youtube.com/watch?v=akOe5-UsQ2o	12.02.2019

35	Website des InterAktiv e.V.	InterAktiv e.V. - Verein zur Förderung eines gleichberechtigten Lebens für Menschen mit Behinderung	www.interaktiv-berlin.de	12.02.2019
36	Video über das Projekt „Lebensort Vielfalt“ der Schwulenberatung Berlin	Schwulenberatung Berlin gGmbH	https://www.schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt#paragraph_9	12.02.2019
37	Video „Lesbisch.schwul.älter“	RUBICON e.V. / homochrom e.V.	https://www.homochrom.de/lesbisch-schwul-aelter	12.02.2019
38	Projektinformationen zu „GLESA - Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Selbstbestimmung im Alter“	ASH Berlin: Projektleitung: Prof. Dr. María do Mar Castro Varela (ASH Berlin), Prof. Dr. Claudia Gather (HWR Berlin)	https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/glesa/	12.02.2019
39	Webseite des Wohnprojekts „Lebensort Vielfalt“	Schwulenberatung Berlin gGmbH	https://www.schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt	12.02.2019
40	Webseite der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V.	Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V.	http://schwuleundalter.de/	12.02.2019
41	Webseite des Dachverbands Lesben & Alter e.V.	Dachverband Lesben & Alter e. V.	http://lesbenundalter.de/	12.02.2019
42	Webseite des Projekts „ZuFlucht Lebenshilfe“, das Geflüchtete mit Behinderung und deren	Lebenshilfe Landesverband Hamburg e.V.	https://zf.lhhh.de/	12.02.2019

	Angehörige unterstützt				
43	Webseite des Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung mit Infos über die Studie „Alt und behindert“ von Ylva Köhncke	Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung	für und	https://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/alt-und-behindert.html	12.02.2019
44	Website von GLADT e.V. - unabhängige Selbstorganisation von Schwarzen und of Color Lesben, Schwulen, Bisexueller, queerer und Trans*Personen (LSBTQ) und solchen mit Migrationsgeschichte	GLADT e.V.		http://www.gladt.de	12.02.2019
45	Webseite des Projekts „MILES“, Beratung und Hilfe zur Selbsthilfe für Migrantinnen und Migranten: Lesben, Schwule und ihre Angehörigen	Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) / Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.	und in	https://berlin.lsvd.de/projekte/miles/	12.02.2019
46	Video zu 10 Jahre Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz	Antidiskriminierungsstelle des Bundes	des	http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Videos/DE/videos/10_Jahre_AGG.html?nn=7831902	12.02.2019
47	„Sind Sie selbst Opfer von Diskriminierung? Hier bekommen“	Antidiskriminierungsstelle des Bundes	des	https://www.youtube.com/watch?v=uNZ_P7cFH7g	12.02.2019

	Sie Hilfe“ (Video)			
48	Gesetzestext des Allgemeines Gleichbehandlungsgesetzes (AGG)	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz / Bundesamt für Justiz	https://www.gesetze-im-internet.de/agg/BJNR189710006.html	12.02.2019
49	Schulungsfilm der Deutschen AIDS-Hilfe zu diskriminierendem Umgang mit Patient_innen mit HIV	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.	https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/DAH%20Stand-alone%20Version.mp4	12.02.2019
50	Gesetzestext des Behindertengleichstellungsgesetzes	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz / Bundesamt für Justiz	https://www.gesetze-im-internet.de/bgg/BGG.pdf	12.02.2019
51	Text der UN-Behindertenrechtskonvention	Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen	https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2	12.02.2019
52	Website zu HIV und Diskriminierung	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.	https://hiv-diskriminierung.de/	12.02.2019
53	Link zur Broschüre „Deine Rechte im Gesundheitswesen. Informationen für Menschen mit HIV“	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.	https://www.aidshilfe.de/shop/rechte-gesundheitswesen	12.02.2019
54	Website des Online-Handbuchs "Aktiv gegen Diskriminierung"	Deutsches Institut für Menschenrechte e. V.	https://www.aktiv-gegen-diskriminierung.de	12.02.2019
55	„Vermeidung von Krankheiten. Bundestag berät Präventionsgesetz“ (Video)	Tagesschau.de / DeNationalTV (youtube)	https://www.youtube.com/watch?v=L7yM5_zMPHE	12.02.2019

		channel)		
56	Infos zu „Prävention in den Lebenswelten“	AOK-Bundesverband	https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/praevention/index_17701.html	12.02.2019
57	Link zur Veröffentlichung „Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs.2 – SGB V Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI	GKV Spitzenverband	https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf	12.02.2019
58	Erklärfilm zur Charta der Vielfalt (Video)	Charta der Vielfalt e.V.	https://www.youtube.com/watch?v=hV4FfcvknCU	12.02.2019
59	„Willkommen bei der Charta der Vielfalt“ (Video)	Charta der Vielfalt e.V.	https://www.youtube.com/watch?v=I_E6_LVA2II	12.02.2019
60	Artikel zu Interkultureller Öffnung in den Vitos Kliniken	f & w 2015(10) – Zeitschrift „führen und wirtschaften im Krankenhaus“	https://www.vitos.de/fileadmin/user_upload/holding/Publikationen/Fachartikel/15-10_f_w_Koch_Staudt_Gary_Interkulturelle_808-813.pdf	12.02.2019
61	Link zu Artikel: „Mauern überwinden, Brücken bauen – Berlin macht es vor. Ein Besuch bei den Interkulturellen Brückenbaue_innen in der Pflege.“	MF Medifox Magazin 2016(2) der Medifox GmbH	https://www.medifox.de/service/broschueren/?no_cache=1&tx_drblob_pi1%5BdownloadUid%5D=432	12.02.2019
62	Website des Projekts	Diakonisches Werk Berlin	https://www.diakonie-stadtmitte.de/senioren-	12.02.2019

	„Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege“	Stadtmitte e.V.	pflege/interkulturelle-brueckenbauerinnen-in-der-pflege-ibip/ueber-das-projekt/	
63	Video: „Regenbogenschlüssel – Frankfurter Pflegeheime ausgezeichnet“	Rheinmaintv	https://www.youtube.com/watch?v=DFooal_Li1k	12.02.2019

Bachelor-Studiengang
„Interprofessionelle Versorgung
und Management“

Modul C5:
Lebenswelten und Gesundheit

Impressum

Modulentwicklung:

Olav Driedger MA

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhaltsverzeichnis

1.	Willkommen	5
2.	Überblick und Lernziele	5
3.	Inhalt	6
3.1	Demografische Entwicklungen	6
3.2	Verstädterung und Urbanisierung	10
3.2.1	Das Phänomen Verstädterung	11
3.2.2	Das Phänomen Urbanisierung	15
3.2.3	Exkurs: „Meine Lebenswelt mit 75 Jahren“	18
3.2.4	Segregation	21
3.3	Der Sozialraum	24
3.4	Partizipation	28
3.5	Exkurs: Fachbegriffe Sozialer Arbeit	37
3.6	Methoden der Sozialraumanalyse	38
3.7	Anforderungen an eine sozialraumorientierte Arbeit	43
3.8	Beispiel: Quartiersmanagement	47
3.9	Vernetzung und Partizipation im Gesundheitswesen	49
4.	Zusammenfassung und Ausblick	59
5.	Literaturverzeichnis	60
7.	Verwendungshinweise	67
8.	Impressum	68

Besondere Informationen zum Durchlotsen durch das Online-Vorlesungsskript:



Pflichtlektüre



Vertiefung



Übung



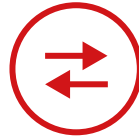
Definition



Tip



Information



Austausch



Video

[Querverweis](#)
[Externer Link](#)

Wir bemühen uns, alle Quellen und Literaturhinweise online bereit zu stellen. Relevante Buchseiten haben wir für Sie eingescannt und auf unserer Lernplattform zur Verfügung gestellt. Wir verweisen im Text bzw. in den Fußnoten in Kurzzitierweise auf Literatur. Die vollständigen bibliographischen Angaben aller dort genannten Titel finden Sie im Literaturverzeichnis.

Literatur, die als Pflichtlektüre zu betrachten ist, ist als solche gekennzeichnet. Präsenzzeiten und eLearning dienen zur Vertiefung und zur praktischen Übung. Unterlagen zu den eLearning-Veranstaltungen erhalten Sie zeitnah zu den jeweiligen Terminen.

Jedes Kapitel schließt Übungen ein. Diese Übungen dienen zur Vertiefung und Selbstreflexion des Kapitels. Sie werden nicht benotet. Sie werden zum Teil im Rahmen der Präsenzphasen thematisiert. Sollte sich, trotz Überprüfung, bei einem Link der Fehlerteufel eingeschlichen haben, so würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns darauf aufmerksam machen.

Ihr ASH-Team

1. Willkommen

Dieses Studienbegleitheft setzt sich intensiv mit der Relevanz lebensweltorientierter Arbeit auseinander. Nach einem Überblick über Prozesse der Verstädterung und Urbanisierung wird – anknüpfend an Modul B4 – herausgestellt, wie deutlich gesellschaftliche Strukturen bestehende „gesundheitliche Ungleichheiten“ verstärken.

In den kommenden Übungen des Moduls werden Sie sich intensiv mit Ihren eigenen Perspektiven auf Ihren aktuellen oder zukünftigen „Sozialraum“ auseinandersetzen. Im Transfer zur beruflichen Praxis stellt sich daher regelmäßig die Frage: Wie könnten oder sollten Hilfeleistungen, Angebote oder Netzwerke gestrickt sein, damit sie den tatsächlichen Bedürfnissen der Menschen entsprechen?

Ganz konkret werden Sie bestehende Maßnahmen und Handlungsansätze analysieren und zum Abschluss in einer Hausarbeit für Ihr aktuelles Arbeitsfeld auswerten.

2. Überblick und Lernziele

Wenn Sie dieses Studienbegleitheft vollständig bearbeitet haben, kennen Sie

Phänomene und Trends der Urbanisierung. Sie kennen die Auswirkungen von Segregation und ihre Relevanz für Ihr Arbeitsfeld.

Sie werden Ihren Blick geschärft haben für andere Perspektiven auf bekannte Situationen und sich in die Lage versetzt haben, selbst auf Unterstützungssysteme angewiesen zu sein.

Sie wissen, warum es fachlich begründet wichtig ist, partizipativ zu arbeiten und was das im konkreten Alltag bedeuten könnte. Sie haben sich neu mit bekannten und unbekanntem Fachbegriffen aus der Sozialen Arbeit auseinandergesetzt und haben konkrete Ideen entwickelt, wie Sie sich mit Ihren beruflichen Partnern aus anderen Disziplinen noch besser und zielgerichteter vernetzen können.

3. Inhalt

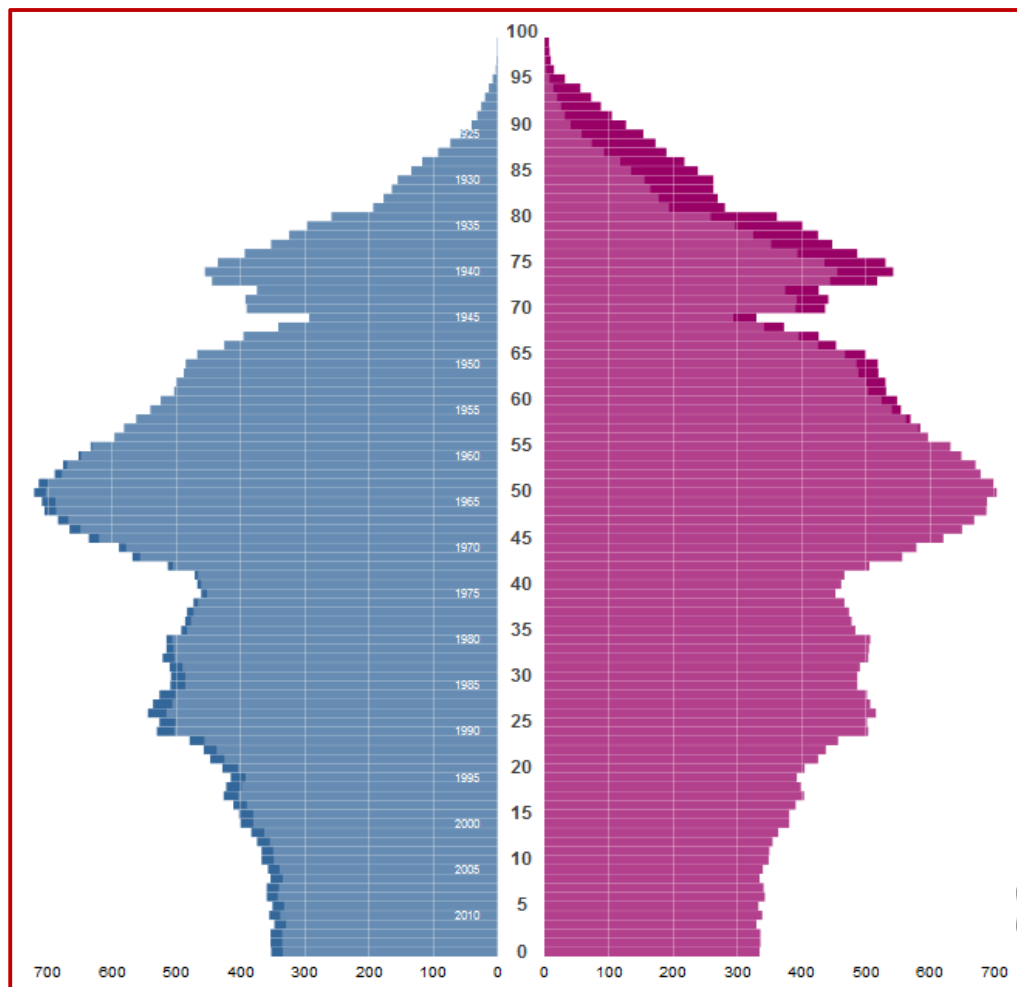
3.1 Demografische Entwicklungen

Die demografischen Entwicklungen, d.h. die langfristigen Veränderungen und Tendenzen in der Bevölkerungsentwicklung, stehen weltweit im Zentrum zahlreicher wissenschaftlicher Disziplinen. Denn anhand von Prognosen und Hochrechnungen können Daten für eine mögliche Zukunft erhoben werden, die für viele strategische Entscheidungen maßgebliche Bedeutung haben. Demografische Prognosen nehmen Einfluss auf die Ausgestaltung von Sozialsystemen, bilden eine wesentliche Grundlage für Planungen in der Stadtentwicklung und für Infrastrukturmaßnahmen, sie finden Verwendung in der Marktforschung und nehmen Einfluss auf wirtschaftspolitische Entscheidungen.

Anhand einzelner Grafiken und zwei dokumentarischen Video-Beiträgen soll hier ein kurzer Abriss in ein weit verzweigtes Forschungsthema gegeben werden. Die Abbildung 1 ist eine der wahrscheinlich bekanntesten Grafiken zum Thema. Sie zeigt die Verteilung der einzelnen Altersgruppen zu einem bestimmten Zeitpunkt der Geschichte. Hier (Deutschland im Jahr 2014) stellt die Gruppe der 50-jährigen den größten Bevölkerungsanteil. Aber auch die Gruppe der 75-jährigen bildet eine vergleichsweise große Bevölkerungsgruppe. Zuzeit erreichen Männer im Durchschnitt 78 Jahre und Frauen sogar 83 Jahre (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2016a). In Abbildung 1 ist zudem erkennbar, dass es bis zum Alter von ca. 50 Jahren einen Überschuss an männlichen (dunkelblau) und ab einem Alter von ca. 60 Jahren einen Überschuss an weiblichen Bevölkerungsanteilen (dunkelrot) gibt. In aktuellen Prognosen wird erwartet, dass die Bevölkerungsgruppe der aktuell ca. 50-jährigen bis ins Jahr 2040 einen dominanten Bevölkerungsanteil stellen wird. In Abbildung 2 ist sie als Gruppe der ca. 75-jährigen deutlich erkennbar. Im Vergleich zur Grafik zum Jahr 1950 zeigt sich, wie deutlich sich z.B. das Verhältnis zwischen Bevölkerungsgruppen im Erwerbsalter im Verhältnis zum Bevölkerungsgruppen im Rentenalter umkehren wird.

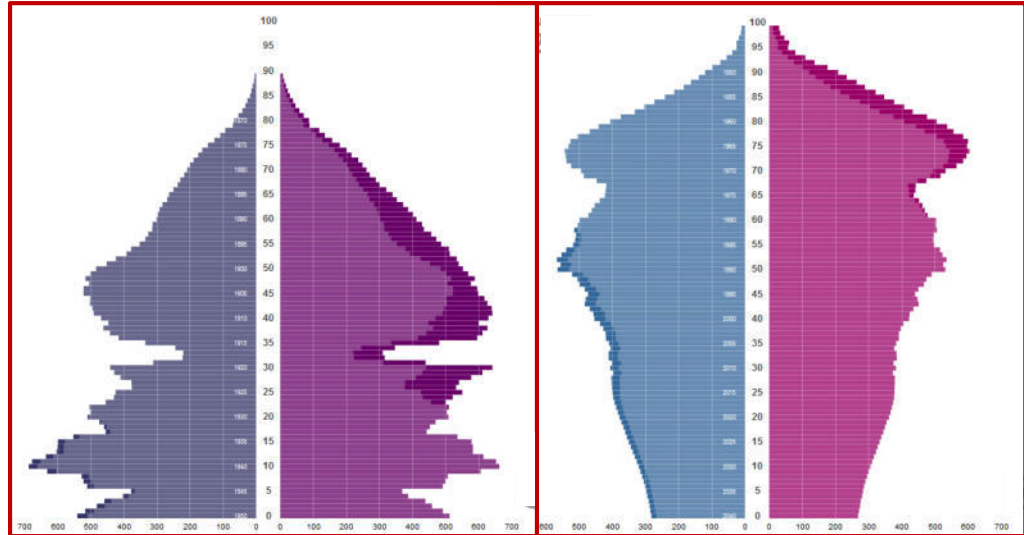
Diese wissenschaftlich generierte Erkenntnis bildet die Grundlage für eine intensive Debatte um eine Reform von Renten- und Pflegeversicherung, um altersgerechtes Wohnen und Altersarmut, um (bereits branchenübergreifend einsetzenden) Fachkräftemangel uvm..

Abbildung 1: Bevölkerung in Deutschland, 2014



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015

Abbildung 2: Bevölkerung in Deutschland, 1950 und 2040



Quelle: ebd.

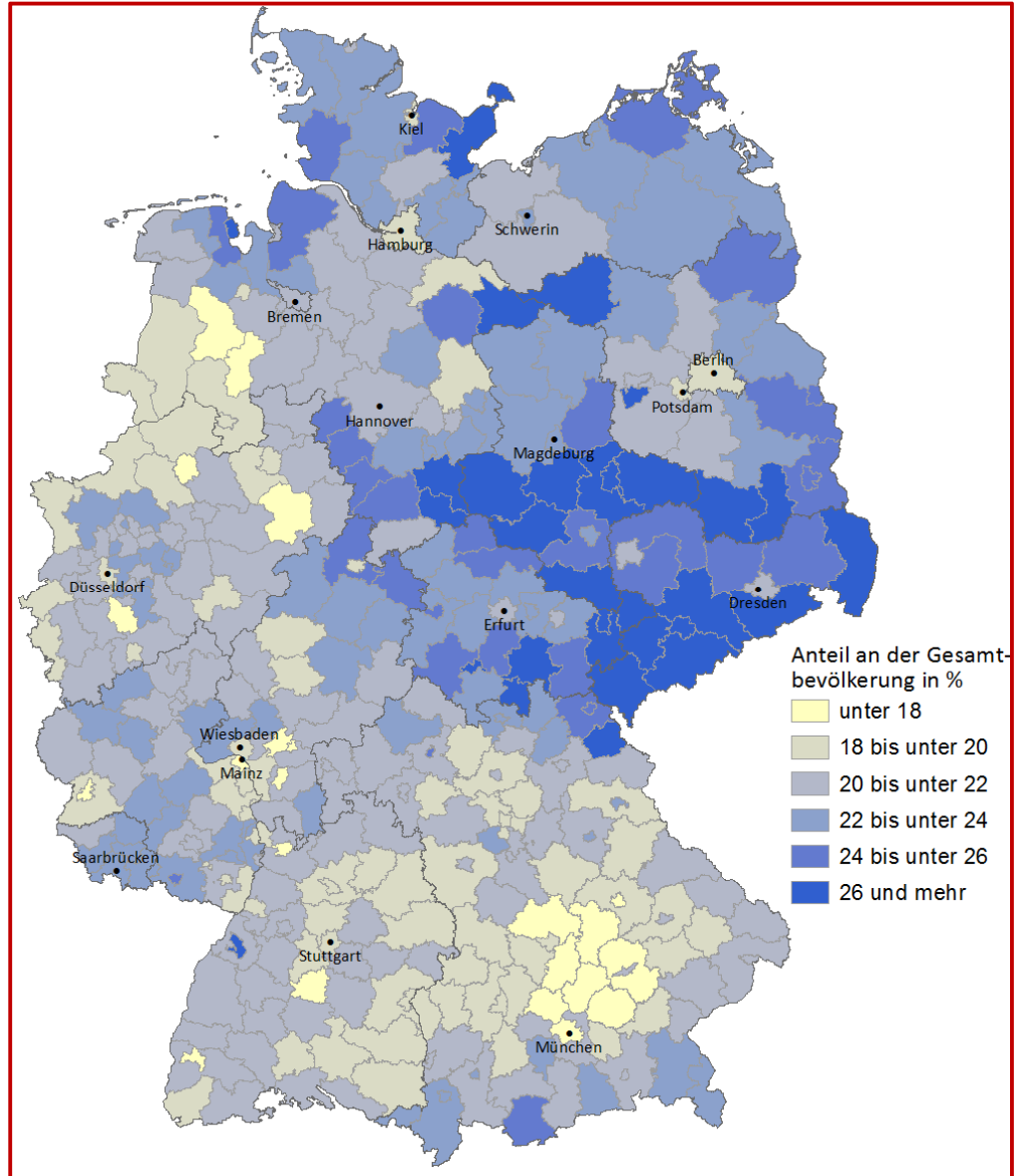


Tipp: Auf der Website des Statistischen Bundesamtes können Sie unter folgendem Link die sogenannte „Alterspyramide“ aufrufen und über deren Button an der Zeitleiste die Veränderungen im Verlauf der Jahre interaktiv nachvollziehen:

<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>

Abbildung 3 visualisiert, in welchen Landkreisen Bevölkerungsgruppen im Rentenalter besonders stark vertreten ist. Deutlich, dass vor allem in ostdeutschen Landkreisen bereits heute über 26% der Bevölkerung in diesem Alter sind. Es sind vor allem diese Regionen, die vom weiteren Demografischen Wandel und zusätzlich von den Zuzügen in die Städte betroffen sind (siehe Kapitel 3.2.1, Abbildung 4).

Abbildung 3: Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren nach Landkreisen 2015



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2016b

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018): Demografischer Wandel in Deutschland - erklärt vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.



<https://www.youtube.com/watch?v=xC3loiG2ggE>

Abspielzeit: 2:24 min.

ARTE (2017): Xenius: Demografie - Wie zuverlässig ist sie?



<https://www.youtube.com/watch?v=jZexy7tF-44>

Abspielzeit: 26:04 min.



e-tivity 1:

Empfehlung zur weiteren Recherche:



Zahlreiche Surveys des Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung zum Thema Demografie:

<https://www.bib.bund.de/DE/Forschung/Surveys/Surveys.html>

3.2 Verstädterung und Urbanisierung

Sowohl in populärwissenschaftlichen Beiträgen als auch in vielen Fachbeiträgen führender Forschungsinstitute werden beide Begrifflichkeiten oftmals synonym verwendet. Im Folgenden sollen Verstädterung und Urbanisierung jedoch als zwei unterschiedliche, sich gegenseitig beeinflussende Phänomene betrachtet werden, um die quantitativen Aspekte deutlicher von den qualitativen Aspekten trennen zu können (vgl. Bähr, 2011).



3.2.1 Das Phänomen Verstädterung

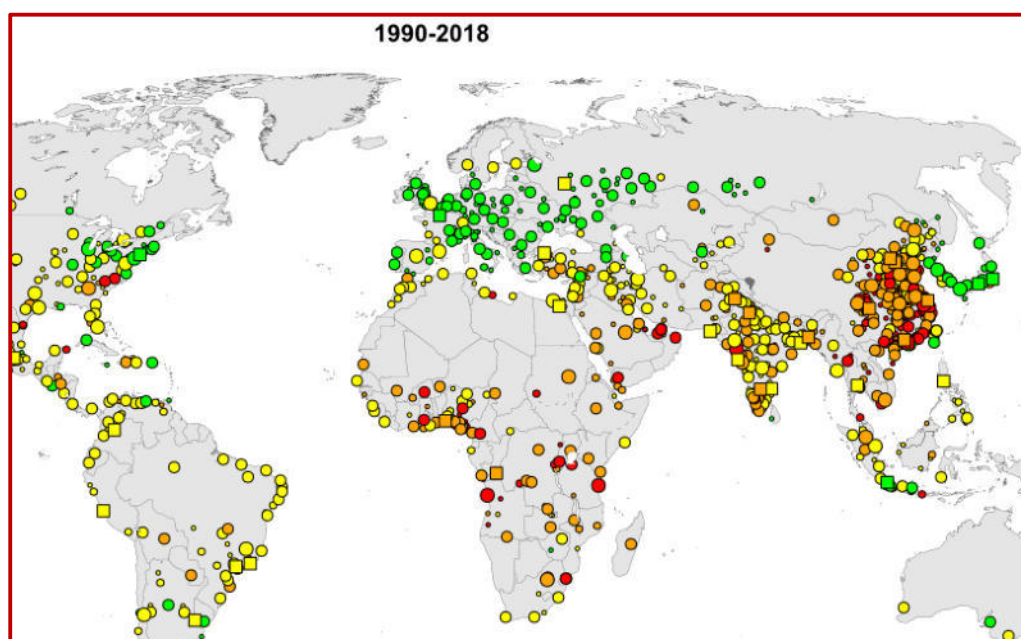


Verstädterung kann zunächst als ein Zustand quantitativ erfasst und Bevölkerungsanteil, der in städtischen Regionen lebt, ist. Im weltweiten Vergleich ist diese Quote in Nordamerika mit 82% am höchsten. Auch in Europa ist der Grad der Verstädterung weit fortgeschritten. Hier leben durchschnittlich 73% der Einwohner*innen in Städten oder städtischen Regionen. Deutlich niedrigere Verstädterungsquoten finden sich in afrikanischen Staaten mit teilweise 40%. (United Nations, 2014, S. 1)

Weltweit zeigt sich jedoch ein gemeinsamer Mega-Trend: Zunehmend mehr Menschen ziehen aus ländlichen Regionen in städtische Regionen. Der folgende Ausschnitt einer Weltkarte zeigt, in welchen Regionen dieser Verstädterungsprozess zwischen 1990 und 2018 besonders stark ausgeprägt war:

Doch auch, wenn Deutschland im globalen Vergleich weniger stark von diesem Trend betroffen ist, müssen sich auch hier vor allem die Großstädte einem signifikanten Zuzug stellen. Dies betrifft auch einige mittlere Städte wie Wiesbaden. Hier wird bis 2030 eine Wachstumsrate von mindestens 2,4% prognostiziert. (vgl. Landeshauptstadt Wiesbaden, 2017). Doch besonders deutlich ist die Entwicklung in den Großstädten erkennbar.

Abbildung 1: Wachstumsraten städtischer Regionen

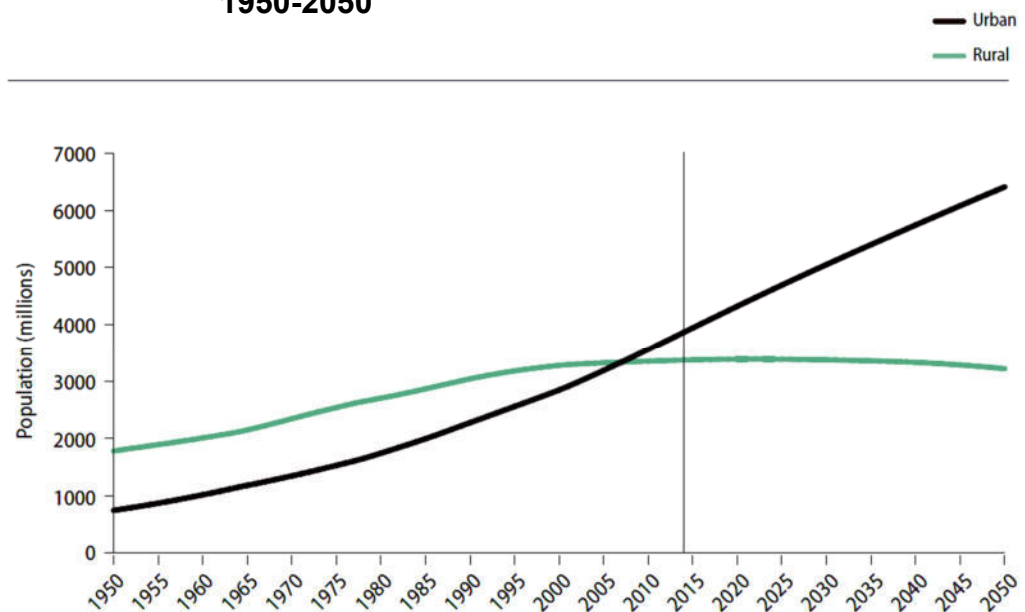


Quelle: United Nations, 2018b

In Rot hervorgehoben sind jene städtischen Regionen, die eine Wachstumsrate von über 5% aufweisen. Es wird erwartet, dass allein das Wachstum in Nigeria, China und Indien bis zum Jahr 2050 37% des weltweiten Wachstums städtischer Regionen ausmachen wird (United Nations, 2014, S. 1). Dann werden voraussichtlich ca. 66% der Weltbevölkerung in Städten leben. (United Nations, 2018a, S. 2)

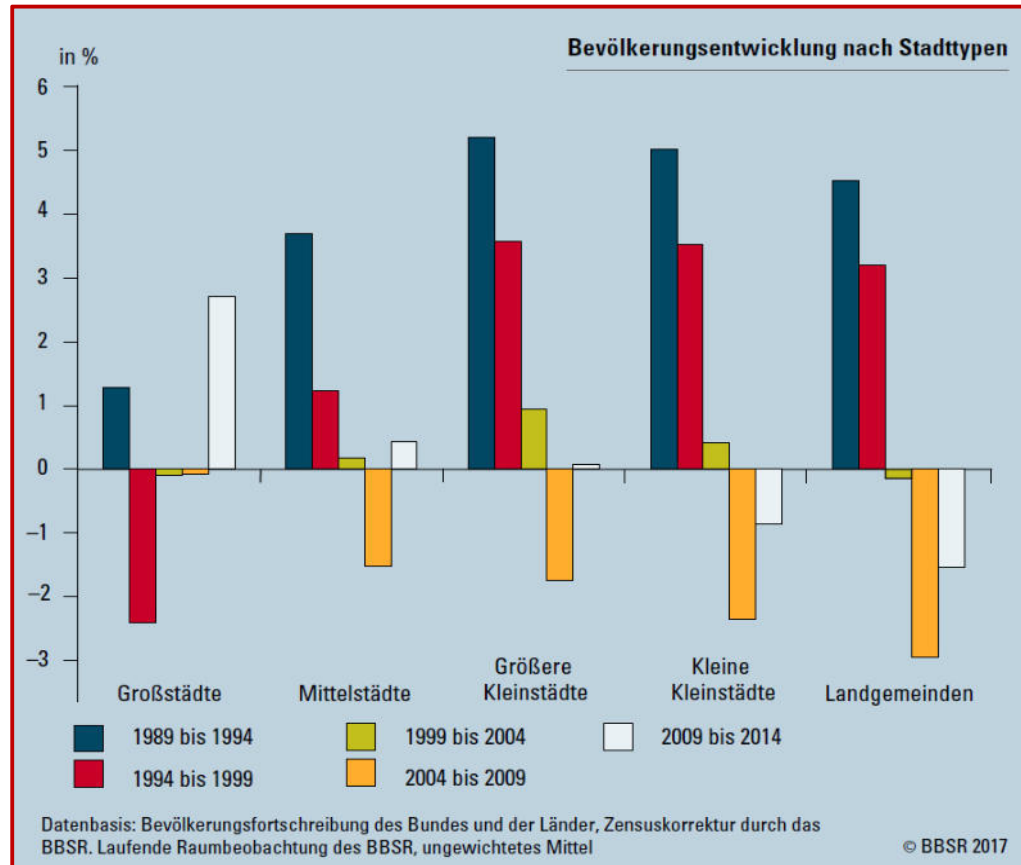
Die Abbildung 2 zeigt die zurückliegende Bevölkerungsentwicklung in Deutschland seit 1989. Sie zeigt, dass die Bevölkerung in deutschen Großstädten zwischen 2009 und 2014 um durchschnittlich fast 3% zugenommen hat. In den ländlichen Regionen hingegen nimmt die Bevölkerung aufgrund des demografischen Wandels und der Abwanderung in die Städte weiter ab.

Abbildung 2: Städtische und ländliche Bevölkerung weltweit, 1950-2050



Quelle: United Nations, 2014, S. 7

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung nach Stadttypen



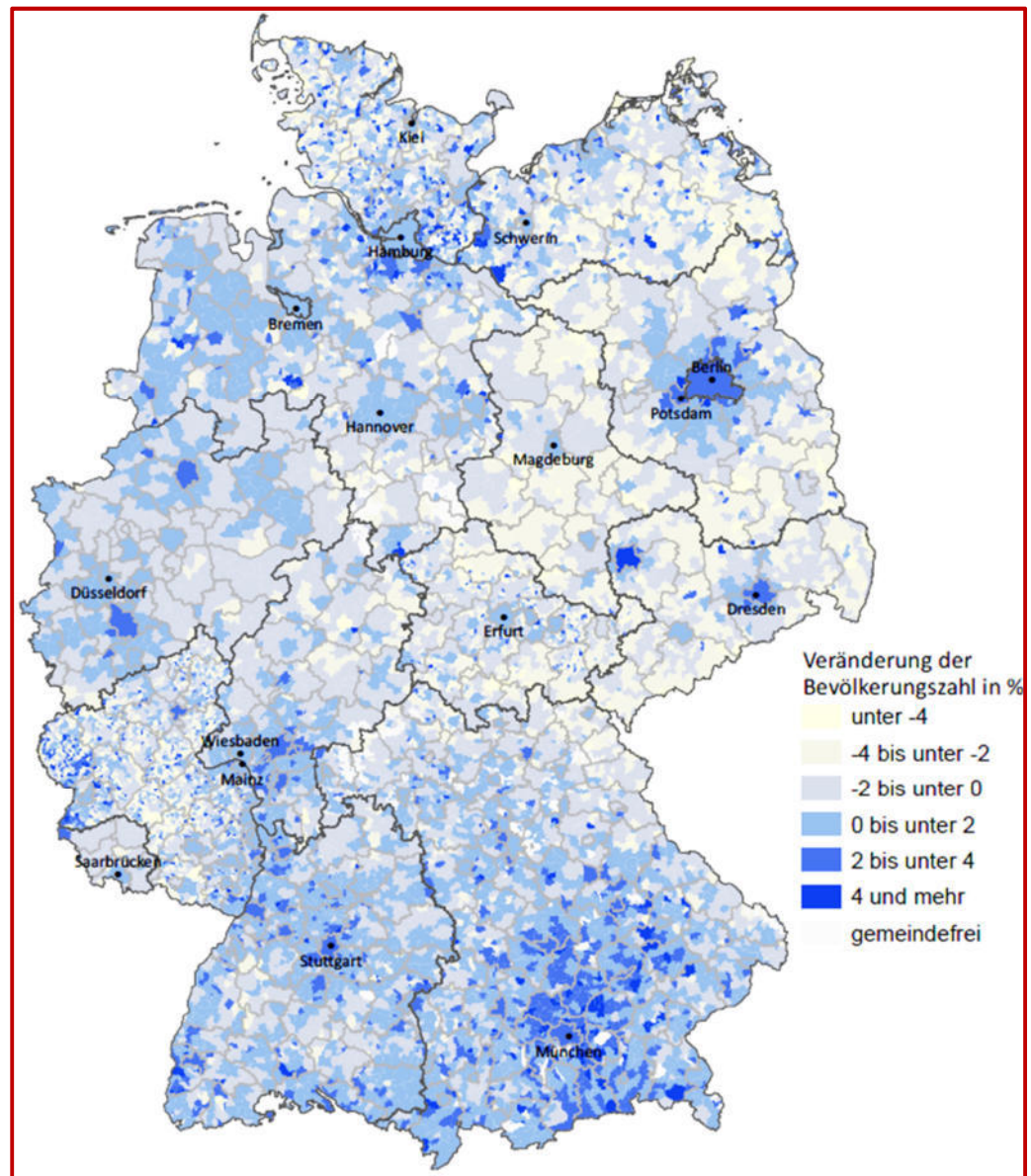
Quelle: Adam, 2017, S. 3

In der Übersicht aller Gemeinden in Deutschland (siehe Abbildung 4) wird deutlich, wie differenziert die Entwicklung von Bevölkerungswachstum bzw. Rückgang ist. Deutlich sind einige Großstädte in dunkelblau mit über 2% oder auch über 4% Wachstum zu erkennen. Allein die Großstadt Berlin hatte im Jahr 2016 ein Saldo von zusätzlich 54.148 Personen zu verzeichnen. (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018) Dennoch sind nicht alle ländlichen Regionen gleichermaßen von einem Rückgang der Bevölkerung betroffen. Vor allem die Regionen um die Großstädte herum sind aufgrund einer guten infrastrukturellen Anbindung an die Städte für viele Bevölkerungsgruppen attraktiv. Diese Regionen profitieren zusätzlich von einer gegenläufigen Wanderungsbewegung aus den Innenstädten heraus. (vgl. BMVBS, 2009, S.39)



Und auch in den betroffenen Innenstädten sind die Wachstumsprozesse nicht auf die städtischen Regionen gleichermaßen verteilt. Vielmehr konzentrieren sich besonders hohe Wachstumsraten in einzelnen meist zentral gelegenen Quartieren. (Adam, 2017, S. 17) Hier ist ein sogenanntes „Wachstumsmanagement“ notwendig, um die Folgen für die soziale Struktur und die Infrastruktur der betroffenen Regionen/Quartiere angemessen zu berücksichtigen. (Adam, 2017, S. 5) Die Folgen sind eine zunehmende Verdichtung des Wohnraums in vielen innerstädtischen Quartieren und entsprechend steigende Wohnkosten. Während also zahlreiche ländliche Regionen von Abwanderung und den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen sind, müssen in vielen Großstädten, die Menschen „zusammenrücken“ (Adam, 2017, S. 19), um durch weniger Wohnfläche pro Kopf die Wohnkosten zu reduzieren.

Abbildung 4: Bevölkerungswachstum nach Gemeinden, 2011-2013



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2016c

3.2.2 Das Phänomen Urbanisierung

Die oben beschriebene Entwicklung der Verstädterung hat Auswirkungen auf zahlreiche soziale, ökonomische und ökologische Prozesse in städtischen wie auch ländlichen Regionen. Diese qualitativ veränderten Bedingungen für das Zusammenleben werden im Folgenden als Prozess der Urbanisierung bezeichnet. Mit besonderem Blick auf die soziale Dimension der Urbanisierung analysiert die Stadtsoziologie u.a. das Spezifische einer urbanen Lebensweise. Was

zeichnet eine urbanisierte Lebensweise aus? Inwiefern prägt sie das soziale Gefüge der Menschen? Vielfach beachtete Grundlagen legte hierzu der Soziologe und Philosoph Georg Simmel bereits im Jahr 1903 (vgl. Häußermann, 2012). Demnach gilt die Industrialisierung als treibende Kraft für die Entwicklung neuer, urbaner Formen des Zusammenlebens.

Zwei Merkmale sind hier besonders hervorzuheben:

1. Heterogenität von Berufen und kulturellen Orientierungen
2. erzwungene Koexistenz auf engem Raum

Um sowohl mit steigender Heterogenität als auch erzwungener Koexistenz auf engem Raum kompetent umgehen zu können, entwickelte sich eine zunehmende Individualisierung der einzelnen Menschen im urbanen Sozialgefüge (vgl. Häußermann & Siebel, 2014, S. 41). Diese Individualisierung führte ökonomisch wie auch kulturell zu einer fortschreitenden Spezialisierung der einzelnen Bewohner*innen in der urbanen Gemeinschaft, deren Zusammenhalt zunehmend auf neue Weise organisiert werden muss (Häußermann, 2012).

So individuell wie die Entwicklung und Spezialisierung der Menschen in urbanen Räumen ist, so vielfältig sind auch die Erscheinungsformen, Ausprägungen und Auswirkungen einer fortschreitenden Urbanisierung. Die folgende kleine Liste einzelner Auswirkungen ist vor diesem Hintergrund lediglich eine kleine exemplarische Auswahl:

- Zunahme der Ein-Personen-Haushalte (siehe Statistisches Bundesamt, 2017)
- Verbreitung neuer Wohnformen (z.B. Tiny-House oder Gemeinschaftsprojekte)
- Zunahme elektronisch vernetzter Kommunikation (vgl. Vogelgesang, 2016)
- Zunehmend mobile Lebensstile (Zukunftsinstitut, 2016)
- Segregationsprozesse (siehe Kapitel 3.2.4)
- globaler Trend vor allem für sogenannte Mega-Städte (ab 10 Mio. Einwohner*innen): Zunahme von Kriminalität sowie fortschreitende Slumbildung (Vogelgesang, 2016).

Urbanisierung findet jedoch nicht nur in städtischen Regionen statt. Da Urbanisierung die Veränderung einer Lebensweise bezeichnet, findet der Begriff auch auf ländliche Regionen Anwendung: „So ist auch das Dorf heute durch ein deutliches Mehr an Pluralität, Optionen und Freiheit gekennzeichnet, die in Verbindung mit der Ausbreitung elektronischer Kommunikationsmedien, der täglichen Mobilität und den Zu- und Wegzugsbewegungen das ländliche Dasein gleichsam urbaner machen, die ursprünglich städtische Lebensbedingungen und Lebensformen in heutigen Dörfern beheimaten.“ (Vogelgesang, 2016)

Diese weit gefasste Begriffsverwendung lenkt den Blick auf die individuelle Lebensweise jedes/jeder einzelnen: Was bedeutet Urbanität für mich heute? Wie verhalte ich mich dazu und welche Entwicklungen urbanen Zusammenlebens möchte ich pflegen? Welche Auswirkungen urbaner Entwicklungen habe ich als Bereicherung und welche als Belastung erlebt?



Smarte Städte, digitale Dörfer. In diesem Bericht werden aktuelle Beispiele für städtische und ländliche Urbanisierungsprozesse kurz vorgestellt: <https://www.youtube.com/watch?v=CWwuV-xEe3g>
Abspielzeit: 8:32 min.



Groß war gestern – die Zukunft heißt Minihaus. Dieser Bericht stellt ein Tiny-House-Projekt aus Berlin vor:
<https://www.youtube.com/watch?v=K9P-7TScUsU&t=24s>
Abspielzeit: 3:09 min.



Das Projekt Spreefeld – wohnen in Clustern. Dieser Bericht stellt ein Projekt mit genossenschaftlich organisierter Wohnform vor:
<https://www.youtube.com/watch?v=F2pEgGe3W40>
Abspielzeit: 5:34 min.



e-tivity 2:



Empfehlung zur weiteren Vertiefung des Themas:

Zweites Deutsches Fernsehen (2017). Deutschland - Deine Städte - Mieten, Menschen, Metropolen.

<https://www.youtube.com/watch?v=yMys3iwJM7A>

Abspielzeit: 44:00 min.



Zahlreiche Daten und Informationen der UN zur Entwicklung der Weltbevölkerung: <https://esa.un.org/unpd/wup/>

3.2.3 Exkurs: „Meine Lebenswelt mit 75 Jahren“

Zu Beginn dieses Kapitels nehmen Sie sich bitte etwas Zeit für einen ruhigen Blick nach innen. Vielleicht suchen Sie sich etwas abseits gelegen einen Ort, an dem Sie Ruhe finden können oder Sie schließen die Augen lassen die inneren Bilder erscheinen und vorbei ziehen. Gerne können Sie die folgende Übung auch mit einem ruhigen Spazierung im Grünen verbinden. Sie brauchen kein Konzept und keine Checkliste. Aber sicherlich möchten Sie sich im Anschluss an diese Übung abseits des üblichen Trubels einige Notizen machen.

Gehen Sie auf eine Zeitreise und stellen Sie sich Folgendes vor:

Es vergehen die Jahre, die vor Ihnen liegen. Sie haben sich, nach Absolvierung dieses Studiums berufliche Ziele gesetzt und konnten diese Ziele auch erreichen. Freunde und Verwandte begleiten Sie auf Ihrem weiteren Weg und werden mit Ihnen älter. Kinder werden erwachsen und verlassen das elterliche Wohnhaus / die elterliche Wohnung. Weitere Jahre vergehen und Sie erreichen das Alter, in dem Sie in den sogenannten Ruhestand gehen. Werden Sie vorbereitet sein auf diesen Übergang in den neuen Lebensabschnitt? Wie werden Sie Ihr

Leben neu organisieren? Arbeiten Sie noch etwas weiter auf Honorarsbasis oder engagieren Sie sich ehrenamtlich? Was würden Sie sich wohl vornehmen? Vielleicht sind Sie aber auch ersteinmal einige Jahr auf einer Weltreise. All diese Ereignisse liegen nun hinter Ihnen.

Sie sind inzwischen 75 Jahre alt/jung und längst nicht alles ist abgeschlossen. Noch fühlen sich fit und wollen das beste aus Ihrem Leben machen. Was gehört für Sie nun alles dazu? Wo sehen Sie sich im Alter von 75 Jahren? Bitte nehmen Sie sich Zeit, um dieser Frage und Ruhe nachzugehen und Ihren Assoziationen möglichst freien Lauf zu lassen.



Quelle: wikipedia



e-tivity 3:

Notizen

Wo werden Sie wohnen?

Wie werden Sie wohnen?

Welche Orte sind Ihnen nun wichtig?

Wer steht für Sie im Vordergrund?

Auf welche Weise halten Sie Kontakt mit Freunden und Verwandten?

Was wird Ihnen für Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit wichtig sein?

Welche Themen stehen für Sie im Vordergrund? Welche Interessen werden Sie haben?

Welche Bedingungen brauchen Sie für eine möglichst hohe Lebensqualität?



e-tivity 4:

3.2.4 Segregation

Eine langfristige Stadtentwicklungs- und Wohnungspolitik verfolgt idealtypischerweise das Ziel, dass sich in den einzelnen Stadtviertel eine sozial gemischte Bevölkerungsstruktur entwickelt. Die räumliche Nähe zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen soll dazu beitragen, dass dadurch „Verständnis und Toleranz“ (Adam, 2017, S. 17) füreinander gefördert werden und sozialer Aufstieg für benachteiligte Gruppen leichter möglich ist.

Langfristig bestehende Wanderungsbewegungen (Zuzüge und Abwanderungen) haben jedoch oftmals gegenteilige Effekte und führen regelmäßig zu einer Entmischung der Einwohner*innenstruktur, so dass sich soziale Gruppen getrennt voneinander an unterschiedlichen Wohnstandorten konzentrieren. Einen solchen Prozess der Segregation beschreibt das Deutsches Institut für Urbanistik wie folgt: „So gibt es so genannte Studentenviertel, Armutsviertel, Stadtteile, in denen überwiegend Migranten, ältere Menschen oder Familien leben. Segregation beschreibt also die räumliche Absonderung einer Bevölkerungsgruppe nach Merkmalen wie sozialer Schicht, ethnisch-kulturellem Hintergrund oder Lebensstil.“ (Deutsches Institut für Urbanistik, 2006) Die Ursachen für Segregationsprozesse sind vielfältig und können an dieser Stelle nicht abschließend behandelt werden. Als Folge von Wanderungsbewegungen können hier jedoch zwei zugleich wirkende Phänomene genannt werden:

1. Einige Quartiere erweisen sich für Hinzuziehende als besonders attraktiv, da sie z.B. zentral gelegen sind und sich dort viele sanierte Altbauten befinden. (vgl. Adam, 2017, S. 9) Durch die daraus resultierende Verdichtung und Aufwertung des Wohnraums steigen die Wohnkosten dieses Quartiers, so dass ökonomisch benachteiligtere Bevölkerungsgruppen kontinuierlich in Randgebiete der Stadt ziehen müssen. (vgl. Adam, 2017, S. 17) Durch die Konzentration von sozial und ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen wird dieses Randgebiet abgewertet und ein Prozess in Gang gesetzt, der sich selbst verstärkt. (vgl. Deutsches Institut für Urbanistik, 2006)



2. In Städten oder ländlichen Regionen, die von Abwanderung betroffen sind, fehlen vermehrt jüngere Bevölkerungsgruppen im erwerbsfähigen Alter, so dass dies de facto eine Alterung der Bevölkerung zur Folge hat. (vgl. Abbildung 3) Die daraus resultierende Konzentration älterer und erwerbsloser Bevölkerungsgruppen führt zu einer selbsterstärkenden Abwertung der betroffenen Stadtteile oder Regionen. (vgl. Keller et.al., 2014, S. 14)

Solche Prozesse der Segregation sind Gegenstand zahlreicher stadtsoziologischer Studien, die quantitative Datensätze und Statistiken analysiert und auswertet. Einkommensstrukturen, Mietpreise, Bevölkerungsdichte, Altersgruppen etc. werden dazu miteinander verglichen und in Beziehung zu einander gesetzt. (vgl. Keller et.al., S. 11) Dennoch fehlen weitgehend wissenschaftliche Studien, in denen in qualitativen Verfahren sozialräumliche Untersuchungen und Sozialstrukturen der Bevölkerungsgruppen in Beziehung mit den quantitativ erhobenen Daten gesetzt werden. Erkenntnisse solcher Studien könnten einen wissenschaftlichen Beitrag für eine effektivere Bekämpfung sozialpolitisch nicht wünschenswerter Segregationsprozesse leisten. (vgl. Keller et.al., S. 15)

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales veröffentlichte 2015 die Ergebnisse eines Forschungsprojekts zu Ausmaß und Trends der Segregation in Deutschland. Ein Schwerpunkt der Untersuchungen lag dabei auf der Frage, welchen Einfluss der Sozialraum (hier: das mittelbare und unmittelbare Wohnumfeld) auf die Teilhabechancen der Bewohner*innen hat.¹ Einzelne zentrale Ergebnisse werden hier aufgeführt (vgl. BMAS, 2015, S. 8-10):

- Ein soziale Segregation erscheint aktuell stärker ausgeprägt als die ethnische Segregation. D.h.: Eine Konzentration einzelner Bevölkerungsgruppen findet anhand sozialer wie auch ethnischer Kriterien statt. Soziale Kriterien haben zurzeit einen stärkeren Einfluss auf die Bevölkerungsstruktur eines Stadtteils.

¹ Der Einfluss des Wohnumfeld auf das Verhalten und die Chancen der einzelnen Menschen ist u.a. Gegenstand der Sozialökologie. Diese stellt die räumlichen Muster gesellschaftlicher Verhältnisse in den Vordergrund.

- Großstädte sind stärker von Segregation betroffen.
- Anhand der vorliegenden Daten kann deutschlandweit kein Anstieg von Segregationsprozessen festgestellt werden. Doch im Umland der Großstädte ist eine Zunahme der Segregation bei der Mehrzahl der Städte erkennbar.
- 60% jener Bevölkerungsgruppen, denen ein eher niedriger sozialer Status zugeschrieben wird, leben auch in Straßenabschnitten, die insgesamt durch eine hohe Konzentration „statusniedriger Haushalte“ gekennzeichnet sind.
- 86% aller „statushohen“ Haushalte leben in der Nachbarschaft von Menschen, denen ebenfalls ein hoher Sozialstatus zugeschrieben wird. Hierdurch wird ein besonders hoher Zusammenhang zwischen Status und Nachbarschaft deutlich.
- In Gebieten mit einer hohen Konzentration „statusniedriger“ Haushalte ist ein steigendes Armutsrisiko zu beobachten.
- Erst ab einer Konzentration von 20 % (Konzentrationsschwelle) „statusniedriger“ Bewohner können Effekte von Segregation festgestellt werden.. Auch in der ethnischen Segregation können erst ab einer Konzentrationsschwelle von 20% Nachbarschaftseffekte festgestellt werden.



Segregationsprozesse haben ebenfalls einen verstärkenden Effekt auf gesundheitliche Ungleichheiten in einer Gesellschaft. Gesundheitliche Ungleichheiten wurden bereits in Modul B4 behandelt und werden in Kapitel 3.9 noch einmal aufgegriffen.

Empfehlungen zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema:



Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2015):
Lebenslagen in Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung
der Bundesregierung. Forschungsprojekt. Ausmaß und Trends
sozialräumlicher Segregation in Deutschland. Abschlussbericht.

http://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Service/Studien/abschlussbericht-sozialraeumliche-segregation.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Zusammenstellung zahlreicher interdisziplinärer Forschungsprojekte zum Thema Stadtentwicklung:



Universität Duisburg-Essen (2018): Übersicht Forschungsprojekte ISSAB (Auswahl). Duisburg und Essen.
<https://www.uni-due.de/biwi/issab/projektbeispiele>



Deutsches Institut für Urbanistik (2018): Projekte. Berlin.
<https://difu.de/projekte>

3.3 Der Sozialraum

Durch das Zusammenfügen der Begriffe „Sozial“ und „Raum“ erhalten diese jeweils eine sehr spezifische Bedeutung. Die Bedeutung des Begriffs „Sozialraum“ ist daher nicht eine schlichte Kombination des „Sozialen“ mit einem klar definierten physischen Raum. Und es drängt sich die Frage auf: Geht es darum, Räume sozial zu gestalten? Und wie kann demnach ein Raum überhaupt sozial sein? Oder geht es vielmehr darum, mehr Raum für „Soziales“ zu schaffen?

Karl Hofinger beschreibt den „Sozialraum“ als einen Raum, der nicht ausschließlich im physischen Sinn verstanden wird. Der Begriff beschreibt vielmehr individuell erlebte und individuell geprägte Räume, die sich zwischen Menschen öffnen, die miteinander in Beziehung stehen:



„Das Konzept des Sozialraums bzw. die Sozialraumanalyse wird in unterschiedlichen Feldern angewendet wie zum Beispiel in der Planung und Stadtentwicklung. Auch die Gemeinwesenarbeit, ein partizipativer und prozessorientierter Ansatz der Sozialen Arbeit, der darauf ausgerichtet ist, die Lebenssituation der Menschen in einem sozialen Raum in materieller und immaterieller Hinsicht zu verbessern, orientiert sich stark am Konzept des Sozialraumes.“ (Hofinger, 2015)

Um gemeinsam in Kontakt zu treten, sind zumeist physische Räume, wie z.B. Büros, Klassenzimmer, Wohnzimmer, Begegnungsstätten, Parks, Theater etc. notwendige Voraussetzung. Ob diese Räume den Bedürfnissen und Interessen der Nutzer*innen entsprechen und wie die Rahmenbedingungen für das gemeinsam erlebte Miteinander angepasst werden sollten, ist u.a. Gegenstand sozialraumorientierter Arbeit. Je nach der Perspektive der einzelnen Akteur*innen ändert sich auch das jeweilige Verständnis dieser sozialraumorientierten Arbeit. Projektleiter*innen in einem Planungsverfahren der kommunalen Stadtentwicklung haben natürlicherweise einen anderen Fokus auf einen benannten Sozialraum als ein*e Sozialarbeiter*in. Denn die Räume selbst geben noch keinen Aufschluss darüber, wie der jeweilige Sozialraum erlebt wird und welche Bedeutung ihm jeweils zugeschrieben wird. Demnach ist es nicht möglich, einen für alle Beteiligten gleichermaßen verstandenen Sozialraum zu benennen und vorauszusetzen, dass es sich um ein einheitliches, räumlich klar abgegrenztes Gebiet handelt.



Kessl und Reutlinger weisen darauf hin, dass es notwendige Voraussetzung ist, die Perspektive zu erläutern, mit der man auf benannte Sozialräume blickt. Nur dadurch kann plausibel nachvollzogen werden, welchen Interessen die diskutierten Maßnahmen konkret dienen (Kessl & Reutlinger, 2010, S. 51):

Die Rede von der Sozialraumorientierung erweist sich häufig als ungenaue Rede, weil nicht ausgeführt wird, in welchem Kontext der Raumbezug sozialpolitischer wie sozialpädagogischer Vorgehensweisen steht. Ein Weg zu einer solchen Kontextualisierung ist die Inblicknahme der jeweils vorausgesetzten Raumbilder. Die in diesen Raumbildern eingelagerten Vorstellungen von den Ordnungen des Räumlichen verweisen auf die Handlungsintentionen der politisch Verantwortlichen, der sozialpädagogischen Organisationen und ihrer Fachkräfte. Expliziert man diese Ordnungsvorstellungen, ist es allen Beteiligten leichter möglich zu erfassen, worauf die geplante Intervention zielt. Eine solche explizite Positionierung macht also sowohl die spezifische Interessenskonstellation dieser Interventionssituation (Machtverhältnisse) als auch die Zielsetzung transparent, womit den Beteiligten erleichtert wird, auf diese zu reagieren.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie stark die Diskussion um Sozialraumorientierung politisch aufgeladen ist und für Interessen politischer Entscheidungsträger*innen genutzt werden kann.



Grundsätzlich kann zwischen drei unterschiedlichen Perspektiven auf den Begriff „Sozialraum“ unterschieden werden (vgl. Jordan, 2001, S. 9-10):

1. Sozialraum in der Planungen und Entwicklungen

Hier handelt es sich um ein politisch und administrativ bestimmtes Raumverständnis. Der Raum kann eine ganze Stadt oder einzelne Stadtteile umfassen: „Als Sozialraum wird ein Raum bezeichnet, in dem Menschen wohnen, handeln, agieren, kommunizieren, sich austauschen. Der Sozialraum ist ein Stadtteil oder das Quartier, also der Lebensraum der Menschen in der Stadt.“ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen, 2018a)

Grundlage zur Analyse eines Sozialraums sind zumeist messbare bzw. quantifizierbare Daten zur Lebenssituation von Bewohner*innen.

2. Sozialraum als sozial-kulturell geprägtes Gebiet

In diesem Raumverständnis richtet sich der Blick auf konkrete Milieus, bzw. sozial-kulturelle Prägungen in einem konkreten Siedlungsgebiet. Dies kann z.B. ein Wohnquartier sein, das als Brennpunkt bezeichnet wird, oder auch eine dörfliche Region, die durch spezifische kulturelle Traditionen geprägt ist, sein.

3. Sozialraum als Lebenswelt

In dieser Perspektive ist das individuelle Erleben der eigenen Lebenswelt Ausgangspunkt der Betrachtungen. Sogenannte „innere Landkarten“ definieren jeweils, welche Relevanz einzelne Orte und auch soziale Beziehungen haben.

Aufgrund dieser Unterschiedlichkeit der Perspektiven sollte in sozialraumorientierten Analysen stets geklärt werden, welches Raumverständnis zugrunde gelegt wird, damit abgeleitete Maßnahmen plausibel nachvollzogen werden können.

Im Weiteren soll hier das Verständnis eines Sozialraums als individuelle Lebenswelt verstanden werden. Eine Orientierung Sozialer Arbeit an den Lebenswelten der Menschen bedeutet, dass Aufgaben und Dienstleistungsangebote an den Erfahrungen, Stärken und Belastungen auszurichten sind. (vgl. Jordan, S. 11)

Um zu verdeutlichen, wie weitgehend unabhängig das hier zugrunde gelegte Raumverständnis von physischen Abgrenzungen ist, soll an dieser Stelle der Blick auf virtuelle Räume gelenkt werden.

In digitalen sozialen Netzwerken wie z.B. Facebook kommunizieren die Menschen miteinander und prägen ihre gemeinsam geteilte Beziehungsebene ausschließlich oder teilweise durch virtuelle Kontakte. Dieser virtuelle, gemeinsam geteilte Raum, der sich zwischen zwei oder mehreren Personen öffnet, ist ebenfalls ein Sozialraum. Die öffentlichen Debatten um Cybermobbing, Datenschutzverordnungen, Altersfreigaben für WhatsApp, Digitalisierung der beruflichen Zusammenarbeit uvm. zeigen, dass dieses Thema hohe Aktualität besitzt. Brauchen wir eine stärkere Regulierung von virtuellen Sozialräumen? Brauchen wir ein höheres Maß an Vernetzung mithilfe virtueller Sozialräume? Diese Fragen sind eng mit dem Thema des Moduls C5 verbunden. Die Aktualität dieser Fragen zeigt, dass die überwiegend stark urbanisierten Lebenswelten in Deutschland von einer fortschreitenden Digitalisierung geprägt sind. Ob und inwiefern sich die Digitalisierung positiv auf das psychische Wohlbefinden, Resilienz und andere Faktoren menschlicher Gesundheit auswirken kann, ist einerseits von zahlreichen individuellen Faktoren der einzelnen Menschen abhängig. Andererseits prägt diese

Entwicklung weite Teile sozialräumlicher Rahmenbedingungen und berührt daher die Bedürfnisse vieler Menschen zugleich.



e-tivity 5:

3.4 Partizipation

Um in der sozialraumorientierten Arbeit den Bedürfnissen und Interessen der Menschen gerecht werden zu können ist es notwendig, die Sozialräume der beteiligten Zielgruppen möglichst gut zu kennen um Angebote, Maßnahmen oder Interventionen auf die Zielgruppe ausrichten zu können. Da in dem hier vertretenen Verständnis die individuellen Lebenswelten der Beteiligten Ausgangspunkt sozialräumlicher Betrachtungen sein sollen, ist es notwendig, diese möglichst umfassend in Prozesse der Sozialraumanalyse einzubeziehen. Der Schlüsselbegriff für diesen Ansatz ist **Partizipation**. Da dieser Begriff oftmals sehr inflationär und teilweise unangemessen verwendet wird, soll an dieser Stelle geklärt werden, was Partizipation ist und welche Arbeitsformen entsprechend als nicht-partizipativ betrachtet werden können. Anschließend werden wir wieder zum zentralen Thema der Sozialraumorientierung zurückkehren.

Wright et.al. stellen ein Modell vor, dass Formen der Partizipation in Stufen unterteilt und dadurch klar abgegrenzt aufzeigt, inwiefern in einer Maßnahme Partizipation mehr oder weniger stark berücksichtigt wird. (vgl. Wright et.al., 2008)

Abbildung 4: Stufen der Partizipation

9	Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
8	Entscheidungsmacht	Partizipation
7	teilweise Entscheidungsmacht	
6	Mitbestimmung	
5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
4	Anhörung	
3	Information	
2	Anweisung	Nicht-Partizipation
1	Instrumentalisierung	

Quelle: Eigene Darstellung nach Wight et.al.

Folgende zentrale Aussagen können aus dem Stufenmodell abgelesen werden: Viele Formen der Beteiligung, wie z.B. Informationsveranstaltungen, Anhörungen und auch Befragungen oder Diskussionen mit der Zielgruppe, sind demnach noch nicht als Partizipation zu bezeichnen. Erst, wenn die Zielgruppe tatsächlich die Entscheidungsprozesse aktiv beeinflussen kann und es zu Verhandlungen oder Abstimmungen mit Stimmrecht der Zielgruppe kommt, sollte dies als Partizipation bezeichnet werden. Ansonsten handelt es sich um Vorstufen von Partizipation. Solche Vorstufen finden u.a. häufig in sogenannten Bürgerbeteiligungsverfahren Anwendung. Beispielhaft können hier die Leitlinien zur „Bürgerbeteiligung“ in Berlin-Mitte angeführt werden. In diesen Leitlinien wird das Verhältnis zwischen den „Bürger*innen“ und der Bezirksverordnetenversammlung (BVV) und der Verwaltung näher beschrieben:

*„Sowohl die Verwaltung wie auch die Politik (BVV) wollen die Erfahrungen und Kenntnisse der Betroffenen kennenlernen und berücksichtigen. Sie wissen, dass Bürgerbeteiligung Teilung von Wissen und Kompetenzen bedeutet und sind bereit, selbst umzudenken und dazu zu lernen. Politik und Verwaltung ermutigen Bürger*innen zur Partizipation und unterstützen Betroffene und Interessierte, Mitgestaltungsmöglichkeiten zu ergreifen. Bürger*innen wiederum unterstützen die Verwaltung und Politik hier kooperativ,*



*so dass die Prozesse als gemeinsame Aufgabe und Herausforderung gesehen werden. Durch den Austausch lernen alle Beteiligten die Perspektiven der anderen kennen und diese verstehen. Nicht immer ist ein Konsens zwischen allen Beteiligten zu erzielen. Bürger*innen sind dann gefordert, auch Lösungen zu akzeptieren, die von den eigenen Wünschen und Vorstellungen abweichen.“ (Bezirksamt Mitte von Berlin, 2017, S. 14)*

Diese Formulierungen, zeigen, dass das Thema Partizipation als ein zentrales Thema für künftige Stadtentwicklungsprozesse erkannt und auch behandelt wird. Bis Ende 2019 sollen berlinweit Leitlinien für eine „Bürger*innenbeteiligung“ an Stadtentwicklungsprozessen erarbeitet sein. Es bleibt jedoch fraglich, ob in der Umsetzung der einzelnen Beteiligungsprozesse tatsächlich Partizipation im Sinne der hier vorgestellten Anforderungen gewährleistet wird. Grundlegende Differenzen im Verständnis von räumlicher Stadtentwicklung bleiben weiterhin bestehen. Denn die Perspektive der Verwaltungen auf Stadtentwicklungsprozesse bleibt (noch) stark geprägt von einem Blick auf physische, klar abgegrenzte Stadtteile oder Quartiere, deren Bebauung und Nutzung geändert oder angepasst werden soll. Demgegenüber haben betroffene Anwohner*innen wie auch gemeinwesenorientierte Vereine und Initiativen die individuelle Lebenswelt und gemeinsam geteilte Sozialräume im Blick (siehe Kapitel 3.2.1). Dabei ist es nicht entscheidend, wie berechtigt, wertvoll oder sinnvoll die jeweils vertretene Position in solchen Stadtentwicklungs- bzw. „Bürger*innenbeteiligungen“ sind. Entscheidend ist vielmehr, dass die grundlegende Unterschiedlichkeit der jeweiligen Perspektiven auf Raumentwicklung erkannt und anerkannt wird.²

Aus sozialraumorientierter Perspektive wäre in Beteiligungsverfahren individuell zu prüfen, inwiefern die Verfahren tatsächlich partizipativ geplant und umgesetzt werden. Dazu wären u.a. folgende Fragen zu stellen:

² Auch Parteien der politischen Opposition, Interessenverbände, Bürgerinitiativen und andere Gruppierungen bringen ihre spezifischen (Macht)Interessen in Beteiligungsverfahren, Volksentscheiden u.ä. mit ein. Sie vertreten weitere, zusätzliche Perspektiven, in denen eine Sozialraumorientierung nicht unbedingt im Vordergrund steht. Dies macht Beteiligungsverfahren oft zu komplexen Prozessen, die hier jedoch nicht weiterführend betrachtet werden können.

- Inwiefern muss die zuständige Verwaltung kompromissbereit sein? D.h.: In welchen Belangen werden die Interessen oder Bedürfnisse von Anwohner*innen als gleichrangig erachtet? (Mitbestimmung) Gibt es möglicherweise Themen oder Orte, über die die Anwohner*innen sogar eigenständig entscheiden dürfen? (Entscheidungsmacht)
- Inwiefern wird ein repräsentativer Querschnitt der Anwohner*innen erreicht? Sind möglichst viele/alle Milieus, Szenen und Altersgruppen beteiligt? Eine der Herausforderung der organisatorischen Gestaltung des Prozesses ist es, möglichst nicht nur Kontakt zu jenen Gruppierungen zu pflegen, die das jeweilige Thema besonders stark und vehement vertreten oder ohnehin vergleichsweise (politisch) engagiert sind. Es ist also zu bedenken, wann und über welche Kanäle/Medien (Aushang, Inserat, Plakat, Informationsveranstaltung, Flyerauslage in Begegnungszentren, Netzwerktreffen kommunaler Jugendarbeit, persönliche Ansprache uvm.) über die Möglichkeiten der Beteiligung und auch Mitwirkung informiert wird. Oft wirkt bereits das Setting von Informationsveranstaltungen ausschließend, da lange Wortbeiträge in entsprechender Fachsprache und Aushänge mit besonders hohem Textanteil nur von wenigen Milieus als akzeptabel bzw. hilfreich erachtet werden. Informationskanäle und Setting sind demnach entscheidend für die Niedrigschwelligkeit des Prozesses, der die betreffenden Sozialräume möglichst weitgehend einbezieht.
- Inwiefern ist der Zugang für alle betreffenden Anwohner*innen gewährleistet? (Barrierefreiheit) Das betrifft das Vorhandensein von Aufzügen und Rampen ebenso wie die Formulierung von Texten in einfacher Sprache, die Übersetzung von Texten in mehreren Sprachen und auch die Zeiten der Veranstaltungen.

Hier kann eine entsprechende Bedarfsanalyse mögliche Unsicherheiten in der Berücksichtigung von Bedarfen mindern und eine sozialräumlich adäquate Planung gewährleisten.

Nachfolgend ist der komplette Erläuterungstext zu allen Stufen der Partizipation von Wright et.al. (2008) eingefügt:

„Stufe 1: Instrumentalisierung

Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen, und die Interessen dieser Entscheidungsträger stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen (Zielgruppenmitglieder als „Dekoration“).

Beispiele:

Nur die Bewohner/innen eines Stadtviertels, die die Ansichten der Entscheidungsträger vertreten, werden nach ihrer Meinung gefragt. Das Ergebnis der Befragung wird als Meinung aller Bewohner/innen des Stadtviertels dargestellt.

Kleine Kinder werden auf politischen Demonstrationen eingesetzt, um elterliche Positionen zu transportieren, ohne selbst zu verstehen, worum es bei der Veranstaltung geht.

Stufe 2: Anweisung

Entscheidungsträger (oft ausgebildete Fachkräfte) nehmen die Lage der Zielgruppe wahr. Ausschließlich auf Grundlage der (fachlichen) Meinung der Entscheidungsträger werden die Probleme der Zielgruppe definiert und Vorgänge zur Beseitigung oder Linderung der Probleme festgelegt. Die Meinung der Zielgruppe zu ihrer eigenen Situation wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation seitens der Entscheidungsträger ist direktiv.

Beispiele:

Viele herkömmliche Formen der medizinischen, psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialarbeiterischen Beratung und Behandlung sind dadurch geprägt, dass Fachkräfte die alleinige Verantwortung für die Definition (Diagnose) des Problems und deren Beseitigung tragen. Professionell bestimmte Interventionen in diesem Sinne sind oft notwendig, z.B. im Fall einer akuten Gefahr (Krankheit, Kindesmissbrauch) oder im Fall eingeschränkter Möglichkeiten seitens des/der Betroffenen (z.B. auf Grund geistiger Behinderungen, begrenzter

Entscheidungskompetenzen bei jungen Kindern oder situationsspezifischer Einschränkungen in Krisensituationen).

Bei den Vorstufen der Partizipation handelt es sich um eine zunehmend starke Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungsprozesse, auch wenn (noch) kein direkter Einfluss auf die Prozesse möglich ist.

Stufe 3: Information

Die Entscheidungsträger teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe (aus Sicht der Entscheidungsträger) hat und welche Hilfe sie benötigt: Verschiedene Handlungsmöglichkeiten werden der Zielgruppe für die Beseitigung oder Linderung ihrer Probleme empfohlen. Das Vorgehen der Entscheidungsträger wird erklärt und begründet. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

Beispiel:

Herkömmliche Aufklärungsarbeit fällt in der Regel unter diese Kategorie. Ob im Rahmen von bundesweiten Kampagnen oder auf Veranstaltungen steht im Vordergrund die Mitteilung von Informationen, die von Expert/innen aufbereitet und vorgestellt werden.

Stufe 4: Anhörung

Die Entscheidungsträger interessieren sich für die Sichtweise der Zielgruppe auf ihre eigene Lage. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört, haben jedoch keine Kontrolle darüber, ob ihre Sichtweise Beachtung findet.

Beispiel:

Die am häufigsten verwendete Form der Anhörung in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Befragung. Ob schriftlich oder mündlich, im Einzel- oder im Gruppengespräch geht es darum, die Situation der Zielgruppe in Erfahrung zu bringen. In der Regel werden

die Berichte der einzelnen Personen oder Gruppen anonymisiert und mit den Aussagen von anderen zusammengetragen, um sich ein Bild über die Situation der Zielgruppe zu verschaffen.

Stufe 5: Einbeziehung

Die Einrichtung lässt sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe (oft Personen, die den Entscheidungsträgern nah stehen) beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Beispiel:

Bei der Überlegung zur Errichtung eines neuen Angebots nimmt eine Einrichtung Kontakt zu einer Migrantenorganisation auf, um sich näher über die Situation der jungen Frauen aus dem entsprechenden Kulturkreis zu informieren.

Eine Vertreterin aus einer Selbsthilfegruppe für allein erziehende Mütter wird zu einer Vorstandssitzung eingeladen, um den Hilfebedarf der Frauen in ihrer Situation zu schildern.

Bei der „echten“ Partizipation hat die Zielgruppe eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung.

Stufe 6: Mitbestimmung

Die Entscheidungsträger halten Rücksprache mit Vertreter/innen der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann zu Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und den Entscheidungsträgern zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinigen Entscheidungsbefugnisse.

Beispiel:

Die Mitgliedschaft von Vertreter/innen aus der Zielgruppe im Entscheidungsgremien (Vorstand, Beirat, Steuerungsgruppe) ist ein

Beispiel der Mitbestimmung. Die Errichtung eines Nutzerbeirats bestehend ausschließlich aus Mitgliedern aus der Zielgruppe ist eine andere Form der Mitbestimmung. Formale Kooperationen mit Organisationen, die die Interessen der Zielgruppe vertreten, kann auch eine Mitbestimmung der Zielgruppe ermöglichen.

Stufe 7: Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz

Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen kann. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt jedoch in den Händen von anderen, z.B. bei Mitarbeiter/innen einer Einrichtung.

Beispiel:

Eine Einrichtung will einen Aufklärungsfilm für Jugendliche zum Thema Sexualität entwickeln und beauftragt eine Gruppe von Jugendlichen mit der inhaltlichen Gestaltung des Films.

Eine Gruppe von ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen aus der Zielgruppe wird gebildet, deren Aufgabe es ist, neue Angebote für die Zielgruppe zu entwickeln und umzusetzen (Peer-Ansatz). Zum Beispiel: Frauen in der Prostitution werden organisiert, um andere Frauen zum Thema sexuell übertragbare Krankheiten aufzuklären. Die ehrenamtlich arbeitenden Frauen bestimmen, wie sie dieses Ziel am besten erreichen und bekommen von der Einrichtung Unterstützung, um ihre Ideen umzusetzen.

Stufe 8: Entscheidungsmacht

Die Zielgruppenmitglieder bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft mit einer Einrichtung oder anderen Akteuren. Andere Akteure außerhalb der Zielgruppe sind an wesentlichen Entscheidungen

beteiligt, sie spielen jedoch keine bestimmende, sondern eine begleitende oder unterstützende Rolle.

Beispiele:

Frauen in einem Wohnviertel haben das Anliegen, einen Kochkurs zu organisieren und bekommen hierfür eine Küche von einer Einrichtung zur Verfügung gestellt.

Eine Migrantenorganisation nimmt Kontakt zu einer AIDS-Hilfe auf, um Unterstützung bei der Gestaltung von Aufklärungsveranstaltungen in Moscheen zu bekommen.

Die letzte Stufe des Modells geht über die Partizipation hinaus. Sie umfasst alle Formen selbst organisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines partizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von Bürger/innen selbst initiiert werden können.

Stufe 9: Selbstorganisation

Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht die Eigeninitiative aus eigener Betroffenheit. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe eigenständig und eigenverantwortlich. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe. (...)" (Wright et.al., 2008)

Zur Vertiefung des Themas wird folgende Literatur empfohlen:

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt Berlin: Handbuch zur Partizipation. 2. Auflage. Berlin, 2012.

https://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/partizipation/download/Handbuch_Partizipation.pdf

Hansen et.al.: Partizipation in Kindertageseinrichtungen. So gelingt Demokratiebildung mit Kindern! Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn, 2011





Betz, Tanja et.al. (Hrg): Partizipation von Kindern und Jugendlichen: Forschungsergebnisse, Bewertungen, Handlungsmöglichkeiten. Wochenschau Verlag, Schwalbach/Ts., 2010



e-tivity 6:



Nutzen Sie auch die weiterführenden Informationen auf dieser Website:
<http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/zielgruppenorientierte-arbeit-als-grundlage.html>

3.5 Exkurs: Fachbegriffe Sozialer Arbeit

Lebensweltbezogene Sozialraumanalysen nutzen zumeist Methoden, die auch in der Sozialen Arbeit (z.B. Jugendarbeit oder Gemeinwesenarbeit) Verwendung finden. Hier werden oft Fachbegriffe verwendet, die eine tiefere Kenntnis Sozialer Arbeit voraussetzen. Als wichtige Grundlage für eine fachgerechte Diskussion sowie ein sicheres Textverständnis der einschlägigen Fachliteratur soll hier mit einer Übung eine gemeinsame Basis geschaffen werden. Die aufgeführten Begriffe finden nicht nur in der Sozialen Arbeit Verwendung, sie sind auch hier von Relevanz und haben in der Sozialen Arbeit teilweise eine spezifische Ausrichtung.



e-tivity 7:

3.6 Methoden der Sozialraumanalyse

Um ein besseres Verständnis der Sozialräume einer Zielgruppe zu erhalten, ist es entscheidend, diese auch von Ihnen selbst erkunden zu lassen. In der offenen Jugendarbeit haben sich dazu Methoden der Sozialraumanalyse etabliert, die sich auch in anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit sowie in qualitativen Studien vielfach bewährt haben. Anleitende und moderierende Personen möchten dabei ein besseres Verständnis von Sinnzusammenhängen, Freiräumen und Barrieren des Alltags ihrer Zielgruppe entwickeln. Die Zielgruppe selbst wird dabei unterstützt, eigene Perspektiven sichtbar zu machen, eigene Deutungen und Interpretationen ihres Alltags zu entwerfen und sich die Räume ggf. neu zu erschließen.

Die hier genannten Methoden und Erläuterungen sind weitgehend einer Methodensammlung von Deinet und Krisch (2002) entnommen und bilden lediglich eine Auswahl der zahlreichen Möglichkeiten zur Sozialraumerkundung ab. Die Methoden können und sollten jeweils auf die gegebenen Bedingungen in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen angepasst werden.

1. Stadtteilbegehung mit Kindern und Jugendlichen

Da die Nutzungs- und Aneignungsformen der Orte eines Stadtteils, aber auch die Mobilität der Menschen äußerst unterschiedlich sein können, sollten ggf. jeweils eigene Begehungen mit unterschiedlichen Altersgruppen und Geschlechtern durchgeführt werden. Dies erlaubt eine unmittelbare, aber auch differenzierte Wahrnehmung der Lebensräume eines Stadtteils. Mehrere Begehungen mit verschiedenen Gruppen können Stück für Stück zu einer komplexeren Wahrnehmung der vielen Wechselwirkungen zwischen Räumen und handelnden Personen des Stadtteils führen. Der begangene Weg wird weitgehend von der Zielgruppe selbst bestimmt, sollte aber an ihren wichtigsten Aufenthaltsorten vorbei führen. Sie werden während der Begehung befragt, wie oft sie dorthin gehen, was sie dort machen, mit wem sie sich treffen und was das Besondere an den Plätzen ist. Von großer Bedeutung sind aber auch die verbindenden Wege, die ja ebenfalls nach

subjektiven Kriterien gewählt werden. Sie werden aber auch auf Orte angesprochen, die sie eher meiden, oder die als Angsträume empfunden werden.

2. Nadelmethode

Die Nadelmethode ist ein Verfahren zur Visualisierung von bestimmten Orten, die sehr unmittelbar zu Ergebnissen führen kann. Es ist eine aktivierende Methode, bei der verschiedenfarbige Nadeln auf eine große Stadtteilkarte gesteckt, um Orte nach verschiedenen Kategorien zu kennzeichnen.

Die Nadelmethode eignet sich sehr gut zur Kombination mit anderen Methoden, z.B. mit einem Cliquenportrait. Angesichts des Nadelplans entstehen Gespräche über Lieblingsorte, informelle Plätze.

3. Cliquenraster

Diese Methode ist vor allem in der Jugendarbeit von besonderem Wert. Dort kann durch die Beschreibung von Cliquen ein differenzierter Blick auf verschiedene Jugendcliquen und -szenen einer bestimmten Region ermöglicht werden. Über Befragungen und Beobachtungen von Cliquen werden spezifische Lebensformen und -stile von Jugendkulturen erkundet und können zu einem vielschichtigen Bild der Jugend(en) aber auch ihrer Bedürfnisse, Problemstellungen und Sichtweisen führen.

4. Institutionenbefragung

Die im Stadtteil ansässigen Institutionen definieren Problemstellungen von und mit der Zielgruppe. Da ihnen in der Öffentlichkeit des Stadtteils meist der Status von „ExpertInnen“ zugeschrieben wird, bestimmen sie wesentlich die Aneignungsmöglichkeiten der Heranwachsenden im sozialräumlichen Zusammenhang eines Stadtteils mit: Ob beispielsweise ein Konflikt zwischen Jugendlichen und Erwachsenen als nachvollziehbarer Nutzungskonflikt des oftmals begrenzten öffentlichen Raumes bestimmt wird oder aber als Ausdruck abweichenden Verhaltens einer problematischen Jugendclique - das hat bedeutende Konsequenzen für die Ansätze der Problemlösung.

Zudem müssen sich Institutionen vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen vermehrt über ihr jeweiliges pädagogisches Profil definieren und legitimieren, was einem vernetzten Denken teilweise widerspricht. Daher ist es für eine sozialräumlich orientierte Jugendarbeit von großer Bedeutung, die unterschiedlichen Meinungsbilder über die Situation der Heranwachsenden in Erfahrung zu bringen bzw. mögliche sozialräumliche Ressourcen zu erkennen.

5. Autofotografie

Autofotografie ist ein Verfahren, in dem die Zielgruppe eigenständig bestimmte Orte auswählt, diese fotografiert und die Abbildungen anschließend auch interpretiert. Durch die Auswahl der fotografierten Objekte, wie auch durch die Form der Abbildung entsteht eine Sammlung von Eindrücken davon, was die Zielgruppe in ihrem sozialräumlichen Bezug wichtig findet und wie sie bestimmte Orte und Räume bewertet.

Es entstehen sowohl subjektive Abbildungen der einzelnen Beteiligten, wie auch in der Zusammenfassung aller Fotoreihen, komplexere Einschätzungen des Blickwinkels auf ihre Lebensräume. Die besondere Qualität der Methode liegt auch darin, dass die Beteiligten zu Expert*innen ihres Sozialraumes gemacht werden, weil ihre Perspektive, ihre Sichtweisen im Vordergrund stehen.

6. Subjektive Landkarten

Mit Hilfe selbst gezeichneter und gemalter Karten werden die subjektiv bedeutenden Lebensräume der Beteiligten im Stadtteil sichtbar gemacht.

Ausgehend von einem Fixpunkt, z.B. der Wohnung, dem Arbeitsplatz oder einem Jugendzentrum, wird ein großes Blatt sukzessive mit Orten und Plätzen versehen und diese zeichnerisch beschrieben. Abschließend werden die subjektiven Landkarten verglichen und gemeinsam interpretiert.

7. Fremdbilderkundung

Bei der Fremdbilderkundung werde Anwohner*innen zu Einrichtungen (z.B. Begegnungszentrum, Jugendclub, Musikschule etc.) und deren Angeboten befragt. Dabei soll ihre Meinung zu den Mitarbeiter*innen und Besucher*innen erfasst und das Image einer Einrichtung in der Stadtteilöffentlichkeit ermittelt werden. Wie stark eine Einrichtung als Teil der sozialen Infrastruktur im Stadtteil Wirkung entfalten kann, ist maßgeblich davon abhängig, ob ihr und den Mitarbeiter*innen auch fachliche Kompetenz zugeschrieben wird. Die Fremdbilderkundung kann aber auch bei Jugendlichen und Erwachsenen, welche die Einrichtung nicht besuchen, angewandt werden. So können Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob die Einrichtung nicht bekannt ist, oder ob andere Deutungen der sozialräumlichen Qualität dessen Nichtnutzung begründen.



Deinet, Ulrich & Krisch, Richard: Der sozialräumliche Blick der Jugendarbeit. Methoden und Bausteine zur Konzeptentwicklung und Qualifizierung. Opladen 2002; Verlag Leske und Budrich. S. 87 – 154.

http://www.spinnenwerk.de/glienicke-sro/krisch_deinet_methoden.pdf



Daum, Egbert (2011): Subjektives Kartographieren.

<https://www.sozialraum.de/subjektives-kartographieren.php>, Datum des Zugriffs: 07.07.2018



e-tivity 8:

Empfehlungen zur weiterführenden Recherche:



Abstiens. Lena & Hierse, Lin: Bewegte Räume (2017): Potenziale von Videographie und Film als Methoden der qualitativen Sozialforschung. <https://www.sozialraum.de/bewegte-raeume-potenziale-von-videographie-und-film-als-methoden-der-qualitativen-sozialforschung.php>, Datum des Zugriffs: 09.07.2018



Hüttinger, Judith (2016): Sozialraumanalysen via Facebook und anderen sozialen Netzwerken – Hintergrund und methodische Umsetzung. <https://www.sozialraum.de/sozialraumanalysen-via-facebook-und-anderen-sozialen-netzwerken-hintergrund-und-methodische-umsetzung.php>



Umfangreiche Monografie zu den Themen Stadtentwicklung und sozialraumorientierte Arbeit: <https://www.uni-due.de/biwi/issab/literatur.php>

3.7 Anforderungen an eine sozialraumorientierte Arbeit

In Deutschland ist die Sozialraumorientierung als sogenanntes Fachkonzept seit vielen Jahren bedeutender Bestandteil in zahlreichen Professionen und Disziplinen. Sie hat u.a. große Bedeutung in der Gemeinwesenarbeit, in der Jugendhilfe, im Quartiersmanagement, der Gesundheitsförderung, der Behinderthilfe, der Altenhilfe uvm.. (vgl. Hinte, 2009, S. 25)

Die Erwartungen daran, wie diese jeweils umgesetzt werden sollte, sind jedoch sehr unterschiedlich und sind, wie bereits festgestellt wurde, u.a. davon abhängig, welches Raumverständnis zugrunde gelegt wird.

Welche Anforderungen lassen sich also auf der hier gelegten Grundlage an eine sozialraumorientierte Arbeit in Deutschland formulieren? Zusammenfassend können folgende übergreifende Anforderungen abgeleitet werden:

Sie sollte

- auf einer eingehenden Analyse der betreffenden Sozialräume basieren und dabei quantitative Daten wie auch Erkenntnisse aus qualitativen Verfahren einbeziehen (Sozialraumanalyse)
- möglichst alle betreffenden Zielgruppen mit Beginn der Analyse aktiv einbeziehen und am weiteren Prozess entscheidungsmächtig partizipieren lassen (Partizipation)
- die individuelle Lebenswelt der Menschen in das Zentrum der Arbeit stellen (Lebensweltorientierung)
- übergeordnete Segregationsprozesse im Blick haben und ihnen überregional entgegenwirken (Stadtentwicklungsplanung)
- sozialräumliche Strukturen stärken (Vernetzung / Sozialökologie).

Wolfgang Hinte leitete von 1985 bis 2015 das Institut für Stadtteilentwicklung, sozialraumorientierte Arbeit und Beratung (ISSAB) der Universität Duisburg-Essen. Hinte nennt fünf Prinzipien, die in der konkreten Ausgestaltung der einzelnen Maßnahmen vor Ort zwingend eingehalten werden sollten (Hinte, 2009, S. 23):

- a) Ausgangspunkt jeglicher Arbeit sind der Wille/die Interessen der leistungsberechtigten Menschen (in Abgrenzung zu Wünschen oder naiv definierten Bedarfen).³
- b) Aktivierende Arbeit hat grundsätzlich Vorrang vor betreuenden Tätigkeit.
- c) Bei der Gestaltung einer Hilfe spielen personale und sozialräumliche Ressourcen eine wesentliche Rolle.
- d) Aktivitäten sind immer zielgruppen- und bereichsübergreifend angelegt.

³ Hinte weist auf die bedeutsame Unterscheidung von Willen und Wünschen hin. Der Wille beschreibe etwas, wozu ein Mensch entschlossen sei. Der Begriff drücke aus, dass es ein Ziel gebe, zu dessen Erreichen man aktiv beitragen wolle. Ein Wunsch hingegen drücke die Erwartung oder Hoffnung aus, dass jemand anderes etwas für einen tut. (vgl. Hinte, 2009, S. 23)

- e) Vernetzung und Integration der verschiedenen sozialen Dienste sind Grundlage für funktionierende Einzelhilfen.

Auf der Handlungsebene einzelner Vereine oder Träger wird vielfach gute und sinnvolle Arbeit im Sinne einer so definierten Sozialraumorientierung geleistet. Doch mit Blick auf ganze Stadtteile oder ländliche Regionen finden diese Forderungen jedoch selten eine Berücksichtigung, was die sozialräumliche Wirkung insgesamt erheblich schwächt. Dies ist nicht zuletzt im bereits angesprochenen Verständnis sozialräumlicher Planung, die von der jeweils zuständigen Verwaltung von Kommunen und Ländern vorgegeben wird. So benennt die Senatsentwicklung für Stadtentwicklung und Umwelt in Berlin folgende Grundlage für die Arbeit der Träger vor Ort:

„Sozialraumorientierung (SRO) ist ein gesamtstädtischer, ressort- und ebenenübergreifender Politik- und Planungsansatz, mit Hilfe dessen das ämterübergreifende Planen und Handeln der Verwaltung in Berlin gestärkt werden soll.“ (Senatsentwicklung für Stadtentwicklung und Umwelt, 2012, S. 1)

Die entscheidenden Akteure sind in diesem Verständnis die Verwaltungen, welche sich vernetzen und bereichsübergreifend arbeiten. Grundlage ihrer Planungsprozesse bilden meist sozialstatistische Kennzahlen, wie z. B. Arbeitslosigkeit, Transferleistungen, Migrationshintergrund etc.. (vgl. Jordan, 2001, S. 13) Da keine Erkenntnisse systematischer, qualitativer Forschungen und Recherchen vorliegen, gerät die tatsächliche Wahrnehmung individueller Lebensqualität aus dem Blick. (vgl. ebd.)



Hinter sieht daher die Gefahr, dass die oben benannten fünf Prinzipien (a-e) umgedeutet und ihrer ursprünglichen Bedeutung beraubt werden: Verbreitet gäbe es den Versuch, folgender Umdeutung der Prinzipien:

zu a): *„Ein von den Betroffenen zu zögerlich oder unscharf geäußertes Wille wird nicht als Anlass genommen, das jeweilige Hilfeersuchen deutlich herauszuarbeiten, sondern dient als vermeintlicher Beleg dafür,*

dass angesichts einer verschwommenen Interessenbekundung kein gesetzlich legitimer Bedarf vorliegt.“ (Hinte, 2009, S. 29)

zu b): *„Das Aktivierungs-Prinzip wird umgedeutet als fachlich begründete Leitlinie, die Betroffenen sich selbst zu überlassen und ihnen eine gesetzlich zustehende, professionelle Leistung zu verweigern bzw. sie zumindest nicht anzubieten.“ (ebd.)*

zu c): *„Das Ressourcen-Postulat muss dafür herhalten, materielle wie kommunikative gar nicht erst anzubieten, weil ja noch persönliche oder sozialstrukturelle Ressourcen vorhanden seien, die ja auch perspektivisch von höherem Wert seien als professionell erbrachte Fremdleistungen.“ (ebd.)*

zu d): *„Der Sozialraum als Steuerungsgröße wird in einseitiger Interpretation darauf reduziert, kostenträchtige stationäre Leistungen außerhalb des jeweiligen Wohngebiets zurückzufahren bzw. gar nicht erst zu genehmigen, und dies mit dem Verweis auf die vermeintliche Höherwertigkeit nahräumlicher Ressourcen und die zahlreichen ungenutzten Chancen systemischer Kooperation der Einrichtungen vor Ort.“ (ebd.)*

Wolfgang Hinte über Sozialraumorientierung. Hinte verdeutlicht in diesem Interview seine Kritik an der gängigen Praxis sozialraumorientierter Arbeit.

Quelle: <https://www.youtube.com/watch?v=RTS5EQ7-qyY>

Abspielzeit: 27:09 min.

Hinte, Wolfgang (2009): Eigensinn und Lebensraum - zum Stand der Diskussion um das Fachkonzept "Sozialraumorientierung". In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN). Ausgabe 1/2009. München, S. 20-33. https://www.uni-due.de/imperia/md/content/biwi/einrichtungen/issab/eigensinn_und_lebensraum.pdf

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung (2009): Handbuch zur Sozialraumorientierung. Grundlage der integrierten Stadt(teil)entwicklung Berlin. Ergebnisbericht 2009. Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung. Auf dem Weg zu einer integrierten Stadt(teil)entwicklung (Teil B).

https://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/sozialraumorientierung/download/SFS_Handbuch_RZ_screen.pdf

Senatsentwicklung für Stadtentwicklung und Umwelt (2012): Bericht zur Umsetzung der Sozialraumorientierung. Berlin.

https://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/sozialraumorientierung/download/Umsetzungsbericht_SRO_Berlin_02102012.pdf



e.tivity 9:

3.8 Beispiel: Quartiersmanagement

Das Konzept „Quartiersmanagement“ ist ein Beispiel für eine kommunal gesteuerte Strategie sozialräumliche Entwicklungsprozesse zu finanzieren, zu steuern und zu koordinieren. Quartiersmanagement wird seit 1999 in zahlreichen deutschen Städten und Gemeinden ressortübergreifend von kommunaler Politik und Verwaltung umgesetzt. Hier kommen viele der oben bereits eröffneten Themen zusammen und können anhand konkreter Verfahren und Projekte beleuchtet werden.



e-tivity 10:



Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin (2018b).
Quartiersmanagement Berlin. Berlin.

<https://www.quartiersmanagement-berlin.de/>, Zugriff am 14.7.2018



Kunstwelt e.V. (2014). Quartiersmanagement am Mehringplatz. Berlin.

<http://www.qm-mehringplatz.de/index.php?id=2>, Zugriff am 14.7.2018



Quartiersmanagement am Mehringplatz (2017). Integriertes Handlungs-
und Entwicklungskonzept 2017-2019 mit Jahresbilanz seit 2015. Berlin:

Kunstwelt e.V.. http://qm-mehringplatz.de/fileadmin/user_upload/IHEK_Mehringplatz_2017_2019.pdf, Zugriff am 14.7.2018



QM Soldiner - Was ist Quartiersmanagement. Das Konzept
„Quartiersmanagement“ wird kurz erläutert.

Quelle:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=38&v=Fi1OaMCOC24,

Zugriff am 14.7.2018

Abspielzeit: 3:41 min.



Was ist eigentlich ein Quartiermanager. Kurze Information zum
Arbeitsfeld von Quartiermanagerinnen und Quartiersmanagern.

Quelle: <https://www.youtube.com/watch?v=3FiBPPy7LI4>, Zugriff am:
14.7.2018

Abspielzeit: 4:02 min.



"1999 bis 2016 - 17 Jahre Quartiersmanagement in Tiergarten Süd".
Bericht über die Arbeit und das Wirken des Quartiersmanagements im
Quartier „Tiergarten Süd“.

<https://www.youtube.com/watch?v=njTakUwsCu8>

Abspielzeit: 18:13 min.

3.9 Vernetzung und Partizipation im Gesundheitswesen



Im Folgenden soll zunächst die Forderung nach besserer Vernetzung in der sozialraumorientierten Arbeit aufgegriffen werden. Dabei soll „Vernetzung“ wie folgt definiert werden: *„Vernetzung ist die Herausbildung, Aufrechterhaltung und Unterstützung einer Struktur, der die Förderung von kooperativen Arrangements unterschiedlicher Personen oder Institutionen dienlich ist.“* (van Santen & Seckinger, 2003, S. 29)

Wenn der Mensch als Individuum verstanden wird, das nicht isoliert von seiner Umwelt betrachtet werden kann, ist es notwendig, Interventionen und Angebote auch auf die Lebenswelt der Menschen auszurichten. Diese Erkenntnis trifft auf pädagogische, therapeutische und auch medizinische Maßnahmen gleichermaßen zu.

Zu den vielen Aspekten, die unsere Lebenswelten ausmachen, gehören auch die individuellen sozialen Netzwerke, aus denen wir (im besten Fall) Unterstützung erhalten können, falls diese notwendig wird. Hinte (2009) betont daher, dass die Kenntnis vorhandener Netzwerkstrukturen (ob professionell gestaltet oder privat gepflegt) eine wichtige Grundlage für die Planung von Interventionen/Angeboten ist. Quantitativ erhobene Daten über einen Stadtteil oder eine Region sind dazu kein hinreichendes Instrument: *„Die vorhandenen Forschungsergebnisse entheben die Fachkraft also nicht der Mühe, sich in jedem Wohnviertel aufs neue differenziert Kenntnisse über die jeweilige Netzwerkstruktur zu erarbeiten und bei jedem Einzelkontakt genau hinzuschauen, ob und in welcher Weise der jeweilige Mensch in Unterstützungsnetze eingebunden ist.“* (Hinte, 2009, S. 27)



Luthe verweist weiterführend darauf, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Gesundheitsrisiken und sozialer Benachteiligung gibt (vgl. Luthe, 2010a, S. 304). Dieser Zusammenhang wurde auch im Modul B4 behandelt. Prozesse der Segregation verstärken diesen Effekt durch eine Konzentration einzelner Bevölkerungsgruppen (vgl. Kap. 3.2.4) und bewirken, dass gesundheitsrelevante Faktoren (Alterung, Versorgungsdichte, soziale

Gesundheitsrisiken) lokal sehr unterschiedlich verteilt sind. (Luthe, 2010a, S. 307) Daher sollten verstärkt die Kontextbedingungen von Gesundheit in den Blick genommen werden. Eine „kausaltechnische Steuerung von ‚oben‘“ (ebd.) kann dies nicht leisten. Eine lokal differenzierte gesundheitliche Versorgung kann am effektivsten erreicht werden, wenn diese verstärkt auf kommunaler Ebene gesteuert wird. Daher sollte die Entscheidungskompetenz an die verantwortlichen Akteure vor Ort verlagert werden. (ebd.) Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt in diesem Zusammenhang fest, dass ein neues Verständnis von Planung etabliert werden müsse. Eine „Top-down-Steuerung“ (Sachverständigenrat, 2014, S. 531) sei daher nicht mehr zweckmäßig. Vielmehr müssten vermehrt lokale Akteure in die Planung eingebunden werden. Doch hier liegen nur wenige Erfahrungswerte vor: „Die Konzepte, erst recht die tatsächlichen Entwicklungen in Richtung neuer lokaler Strukturen der gesundheitlichen Versorgung sind noch neu.“ (Luthe 2015, S. 19) Viele Potenziale würden nicht genutzt, da das Zusammenwirken der einzelnen Akteure vor allem auf einzelne singuläre Bereiche (z.B. Ernährungsberatung oder Schulgesundheit) konzentriert sei. (vgl. Luthe 2010b, S. 347)

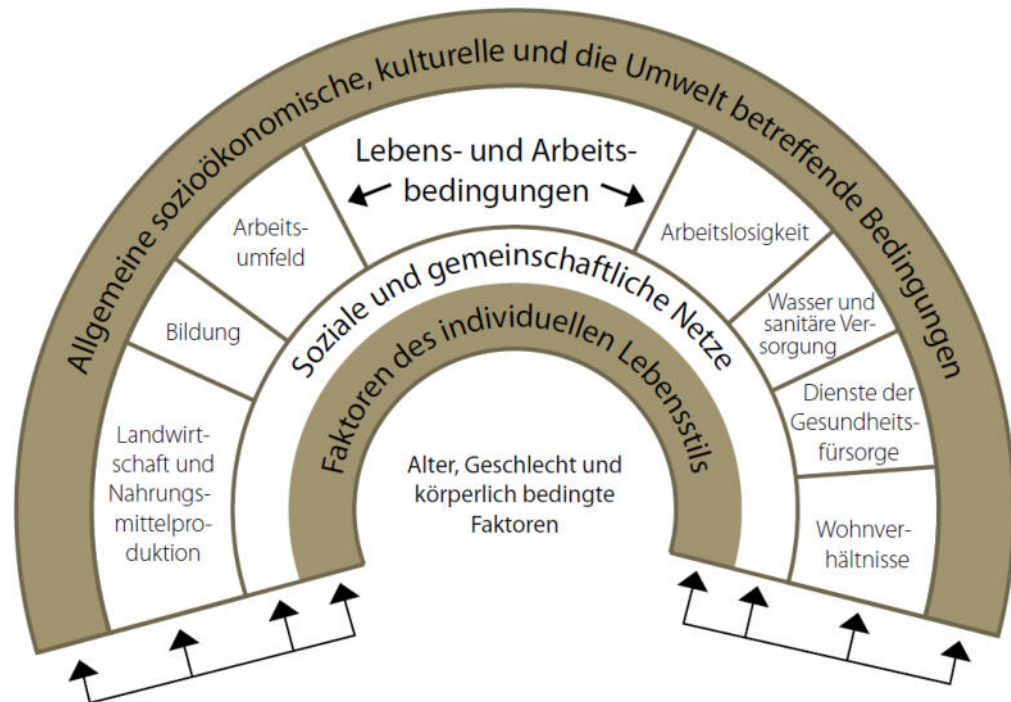
Die Forderung nach einer Verlagerung von Entscheidungskompetenz führt hier auch zur Forderung nach mehr Partizipation. Der Verweis auf die lokalen Akteure vor Ort bezieht sich sowohl auf die verschiedenen Träger und Vereine in den Kommunen als auch auf die Patient*innen, Selbsthilfegruppen etc.. Diese sollten partizipativ eingebunden werden (Sachverständigenrat, 2014, S. 531). Jedoch fehlt hier ein Hinweis darauf, was darunter konkret verstanden wird. Da die betroffenen Menschen als „Nutzer“ (ebd.) bezeichnet werden, scheint es bedeutsam zu sein, das Verständnis von Partizipation explizit zu hinterfragen. Dennoch formuliert der Sachverständigenrat deutlich die Notwendigkeit, Angebote niedrigschwellig, barrierefrei, leicht zugänglich und gut erreichbar zu gestalten. Zudem müssten Informationen in „nutzerfreundlicher Form“ (Sachverständigenrat, 2014, S. 495) und in leichter Sprache formuliert werden, um auch schwer erreichbare Gruppen ansprechen zu können. Luthe benennt aber auch Gefahren, die mit einer verstärkten Entscheidungskompetenz von Patient*innen verbunden sind. Es müsse darauf geachtet werden, dass es nicht zu

einer „Risikoselektion“ (Luthe, 2010a, S. 309) unter den Patient*innen komme. Denn eine ungleiche Verteilung von Risiken unter den Patient*innen führe letztlich wieder zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung. Hier wirken ebenfalls segregierende Muster.

Wie könnte und sollte also eine partizipativ angelegte Vernetzung vor Ort gestaltet werden? Eine erste Grundlage für die Planung vernetzter Interventionen oder Angebote bieten die vier Strategien der Gesundheitsförderung nach Beattie (vgl. Warwick-Booth, Cross & Lowcock, 2012). Diese wurden bereits im Modul B4 vorgestellt. Sollen vernetzte Strukturen jedoch auch gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren, ist die Herausforderung weitaus komplexer. Lamprecht et.al. stellen fest, dass umfassende Konzepte oder Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit fehlen: *„Aufgrund der Komplexität des Themas sind die Empfehlungen für konkrete Interventionen relativ abstrakt und unverbindlich formuliert.“* (Lamprecht et.al., 2006, S. 54) Daher schlagen sie vor, sich in der Planung zunächst auf einzelne Lebensbereiche zu konzentrieren: *„Als besonders Erfolg versprechend gelten Settingansätze, die Veränderungen in konkreten Lebensbereichen wie Schule, Arbeitsplatz, Wohnraum, Familie anstreben und dabei auch kritische Lebensphasen und Lebensübergänge problematisieren.“* (ebd.) Dieser Ansatz widerspricht jedoch der Erkenntnis, dass gerade durch eine bereichsübergreifende Arbeit Einfluss auf sozialräumliche Strukturen genommen werden kann. Der Umgang mit Komplexität ist daher eine der größten Herausforderungen in der Weiterentwicklung bestehender Strukturen.

Dennoch – oder gerade deshalb – soll hier weiter der Blick auf sinnvoll vernetzte Arbeit, die an der Lebenswelt der Beteiligten anknüpft, gelegt werden. Whitehead und Dahlgren entwickelten ein Modell Gesundheitsdeterminanten, in dem jene Lebens- und Arbeitsbedingungen dargestellt sind, die in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten relevant erscheinen:

Abbildung 6: Das Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead



Quelle: Europäische Kommission (2011), S. 9

Eine bereichsübergreifende Arbeit würde die hier aufgeführten Aspekte (wenn auch niemals vollständig) bedenken.

Zudem beschrieb Whitehead verschiedene Ebenen, auf denen Interventionen und Angebote zur „Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit“ durchgeführt werden können. Diese Auflistung der Ebenen, soll nun als ein erstes Raster dienen, um konkreter werden zu können.

Die Ebenen sind wie folgt (vgl. Schönstein & Kilian, 2018 nach Whitehead, 1995):

A. Individuen stärken

- Gesundheitsverhalten beeinflussen
- Bewältigungsfähigkeiten/Stressmanagement stärken
- Gesundheitsbildung/-beratung erweitern
- Empowerment, soziale Unterstützung und Begleitung fördern

B. Gemeinden/Gemeinschaften stärken

- Soziale Netzwerke aufbauen und stärken
- Gemeindeentwicklungs- und Regenerationsprogramme initiieren und weiterentwickeln
- Ökonomische, soziale, ökologische Strukturen gesundheitsgerecht gestalten
- Beteiligung an Planungen und Entscheidungen ermöglichen

C. Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern

- Voraussetzungen für Gesundheit im Alltag schaffen
- Niederschwelligkeit sicherstellen - finanzielle, kulturelle, geografische Barrieren senken

D. Makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen

- Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessern durch Wirtschafts-, Sozial-, Beschäftigungs-, Einkommens- und Steuerpolitik, Armutsbekämpfung, Chancengleichheitspolitik

Wie könnte also eine sinnvolle, bereichsübergreifende Vernetzung, die sozialräumlich angelegt ist, aussehen?

Nähern Sie sich Schritt für Schritt dieser Frage.



e-tivity 11:

e-tivity 12:



Empfehlungen zur weiteren Vertiefung:

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin.

https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Downloads/DE/Studien/Bedarfsgerechte_Versorgung.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Vernetzung – Arbeitsblatt 1

Zielgruppen:

kurze Beschreibung der Zusammenarbeit:

Partner*in 1:

Welche Kompetenzen bringt er/sie in das Netzwerk ein?

Welche Leistungen bringt er/sie in das Netzwerk ein?

Vernetzung – Arbeitsblatt 2

Welchen Vorteil hat er/sie durch das Netzwerk?

Partner*in 2:

Welche Kompetenzen bringt er/sie in das Netzwerk ein?

Welche Leistungen bringt er/sie in das Netzwerk ein?

Welchen Vorteil hat er/sie durch das Netzwerk?

Vernetzung – Arbeitsblatt 3

Partner*in 3:

Welche Kompetenzen bringt er/sie in das Netzwerk ein?

Welche Leistungen bringt er/sie in das Netzwerk ein?

Welchen Vorteil hat er/sie durch das Netzwerk?

Bitte bringen Sie zu den Präsenztagen Folgendes mit:

- Arbeitsblatt „Vernetzung“ (e-tivity 12)
- Ihre Notizen aus e-tivity 3
- Ihre Subjektive Landkarte (e-tivity 8)

Ich freue mich darauf, Sie persönlich kennenzulernen und das Modul weiter zu vertiefen!

4. Zusammenfassung und Ausblick

In Modul C5 – *Lebenswelten und Gesundheit* wurde verdeutlicht, inwiefern der demografische Wandel, Verstädterung und Urbanisierung Ihr künftiges Arbeitsfeld prägen und fortschreitend verändern werden. Daher ist es entscheidend, diese Veränderungsprozesse zu erkennen und gezielt im Sinne der Klient*innen zu gestalten. Im Rahmen Ihres Arbeitsfeldes können Sie den Auswirkungen von Segregation und Benachteiligung entgegenwirken, indem Sie die Lebenswelt der Klient*innen aktiv in der Gestaltung von Angeboten und Settings berücksichtigen. Dies ist ohne Partizipation und vernetzte Arbeitsformen kaum realisierbar. Hierfür hat sich der Handlungsansatz *Sozialraumorientierung* als sinnvoll aber auch als missverständlich erwiesen. Es zeigt sich, dass die Gestaltung von Sozialräumen in vielen Fällen „top down“, d.h. durch administrative Planung, initiiert und gesteuert werden soll. Dadurch treten oft äußere Merkmale von Räumen, quantitative Datensätze oder demografische Parameter in den Vordergrund der Analysen.

Doch die hier vertretene These ist, dass eine Sozialraumorientierung, die die individuelle Perspektive der Klient*innen berücksichtigt, frühzeitig greift und interdisziplinär angelegt ist, sogar finanziell effizienter sein kann. Dies ist möglich, wenn Fachkräfte vernetzt denken und Erfahrungen in der Gestaltung kreativer und kooperativer Angebote haben. Wenn es gelingt, dass „Vernetzung“ nicht nur als Begriff für zusätzliche Arbeitskreise oder als Synonym für einen gut gepflegten Facebook-Auftritt verstanden wird, sondern als sinnvolle Ergänzung der unterschiedlichen Partner, zu denen auch die Klient*innen gehören, dann kann es gelingen, einen Perspektivwechsel zu erreichen. Um in dieser neuen Perspektive die individuellen Bedürfnisse der Klient*innen in den Vordergrund stellen zu können, müssen neue Arbeitsweisen gedacht und erprobt werden.

In einem weiterführenden fachlichen Austausch mit Kolleg*innen an anderen Standorten können Sie erkunden, welche Arbeitsweisen sich bereits bewährt haben und den Sozialräumen Ihrer Klient*innen entsprechen. Für diesen Austausch sollte dieses Modul eine fachliche Grundlage und erste Anregungen für die weitere Praxis geben.

5. Literaturverzeichnis

[1.] Adam, B. (2017). Wachstumsdruck in deutschen Großstädten. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.): BBSR-Analysen Kompakt. Ausgabe 10/2017. Bonn.

https://www.bbsr.bund.de/SiteGlobals/Forms/Suche/VeroeffentlichungSuche_Formular.html, Zugriff am: 01.07.2020

[2.] Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2018). Wanderungen. Stand: 2016. Potsdam. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/statistiken/langereihen.asp?Ptyp=450&Sa-geb=12035&creg=BBB&anzwer=9>, Zugriff am: 14.07.2018

[3.] Bähr, J. (2011): Einführung in die Urbanisierung. In: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Online-Handbuch Demografie. Berlin. https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf/Baehr_Einfuehrung_Urbanisierung_2011.pdf, Zugriff am: 14.07.2018

[4.] Betz, T. et.al. (Hrsg.) (2010). Partizipation von Kindern und Jugendlichen: Forschungsergebnisse, Bewertungen, Handlungsmöglichkeiten. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.

[5.] Bezirksamt Mitte von Berlin (2017). Leitlinien für eine Bürgerbeteiligung im Bezirk Mitte von Berlin. Berlin, S. 14. <https://leitlinien-beteiligung.berlin.de/material/>, Zugriff am: 14.07.2018

[6.] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016a): Die Deutschen leben immer länger. Wiesbaden. <https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Lebenserwartung.html>, Zugriff am: 14.07.2018

[7.] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016b). Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren nach Landkreisen 2015. Wiesbaden. https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_ueber65_Kreise.html, Zugriff am: 14.07.2018

[8.] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016c). Bevölkerungswachstum nach Gemeinden, 2011-2013. Wiesbaden. https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerungswachstum_nach_Gemeinden_2011_2013.html

portal.de/SharedDocs/Downloads/DE/ZahlenFakten/pdf/Bevoelkerungswachstum_Gemeinden.pdf?__blob=publicationFile&v=4, Zugriff am:

14.07.2018

[9.] Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung [BMVBS] (2009). Stadtentwicklungsbericht 2008. Neue urbane Lebens- und Handlungsräume. Stadtentwicklungspolitik in Deutschland, Band 1. Berlin. <https://d-nb.info/1000131882/34>, Zugriff am: 14.07.2018

[10.] Daum, E. (2011). Subjektives Kartographieren. Bonn. <https://www.sozialraum.de/subjektives-kartographieren.php>, Zugriff am: 14.07.2018

[11.] Deinet, U. & Krisch, R. (2002). Der sozialräumliche Blick der Jugendarbeit. Methoden und Bausteine zur Konzeptentwicklung und Qualifizierung. Opladen: Verlag Leske und Budrich, S. 87-154.

http://www.spinnenwerk.de/glienicke-sro/krisch_deinet_methoden.pdf,
Zugriff am: 14.07.2018

[12.] Deinet, U. & Krisch, R. (2002). Der sozialräumliche Blick der Jugendarbeit. Methoden und Bausteine zur Konzeptentwicklung und Qualifizierung. Opladen: Verlag Leske und Budrich, S. 87 – 154.

http://www.spinnenwerk.de/glienicke-sro/krisch_deinet_methoden.pdf,
Zugriff am: 14.07.2018

[13.] Deinet, U. (2018). Warum der Blick auf den Sozialraum? Sozialraum, sozialräumliche Wirksamkeit, evangelische Jugendarbeit. Pappenheim. https://www.ejb.de/Dateien/Downloads/Landeskonferenz/2018-Deinet_.handout.pdf, Zugriff am: 14.07.2018

[14.] Deutsches Institut für Urbanistik (2006). Was ist eigentlich Segregation? Difu-Berichte. Ausgabe 1/2006. Berlin. <https://difu.de/publikationen/difu-berichte-12006/segregation.html>,

Zugriff am: 14.07.2018

[15.] Europäische Kommission (2011). Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der Europäischen Union. Luxemburg.

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6265&langId=de>, Zugriff am: 14.07.2018

- [16.] Hansen et.al. (2011): Partizipation in Kindertageseinrichtungen. So gelingt Demokratiebildung mit Kindern! Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung
- [17.] Häußermann, H. & Sibel, W. (2004). Stadtsoziologie: Eine Einführung. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
https://books.google.de/books?id=tuzIAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false,
Zugriff am: 14.07.2018
- [18.] Häußermann, H. (2012). Urbane Lebensweise. Bonn.
<http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138638/urbane-lebensweise>, Zugriff am: 14.07.2018
- [19.] Hinte, W. (2009). Eigensinn und Lebensraum - zum Stand der Diskussion um das Fachkonzept "Sozialraumorientierung". In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN). Ausgabe 1/2009. München, S. 20-33. https://www.uni-du-e.de/imperia/md/content/biwi/einrichtungen/issab/eigensinn_und_lebensraum.pdf, Zugriff am: 14.07.2018
- [20.] Hüttinger, J. (2016). Sozialraumanalysen via Facebook und anderen sozialen Netzwerken – Hintergrund und methodische Umsetzung. Bonn. <https://www.sozialraum.de/sozialraumanalysen-via-facebook-und-anderen-sozialen-netzwerken-hintergrund-und-methodische-umsetzung.php>, Zugriff am: 14.07.2018
- [21.] Statistisches Bundesamt (2017). Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales. 2017. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2017.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am: 14.07.2018
- [22.] Jordan, E. (2001). Theorie und Praxis sozialräumlicher Planung und Entwicklung. In: Fachforum zur sozialraumorientierten Planung in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf. Konzepte, Erfahrungen, Visionen. Dokumentation zur Veranstaltung am 12. und 13. Juni 2001 in Braunschweig. Braunschweig, S. 9-17. http://www.2000-2006.eundc.de/download/ff_sozraumplan.pdf, Zugriff am: 14.07.2018

- [23.] Jordan, E. (2001). Theorie und Praxis sozialräumlicher Planung und Entwicklung. In: Fachforum zur sozialraumorientierten Planung in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf. Konzepte, Erfahrungen, Visionen. Dokumentation zur Veranstaltung am 12. und 13. Juni 2001 in Braunschweig, S. 9-17. <http://eundc.de/pdf/00709.pdf> Zugriff 01.07.2020
- [24.] Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H. (2018). Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln.
<https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-soziale-benachteiligung/>, Zugriff am: 14.07.2018
- [25.] Keller, C. et.al. (2014). Urbane Ungleichheiten – zur gesellschaftliche Produktion und Gestalt räumlicher Ungleichheitsstrukturen. In: Berger, P. et.al. (Hrsg.). Urbane Ungleichheiten: Neue Entwicklungen zwischen Zentrum und Peripherie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- [26.] Kessl, F. & Reutlinger, C. (2010). Sozialraum. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.
- [27.] Kunstwelt e.V. (2014). Quartiersmanagement am Mehringplatz. Berlin. <http://www.qm-mehringplatz.de/index.php?id=2>, Zugriff am 14.7.2018
- [28.] Lamprecht, Markus et.al. (2006). Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf „Psychische Gesundheit – Stress“ und „Gesundes Körpergewicht“. In: Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern. https://www.lssfb.ch/fileadmin/lssweb-dateien/publikationen/N163047_Chancengleichheit_de.pdf, Zugriff am: 14.07.2018

- [29.] Landeshauptstadt Wiesbaden (Hrsg.) (2017). Wiesbadener Stadtanalysen. Vorausberechnung der Wiesbadener Bevölkerung und Haushalte bis 2035. Wiesbaden. https://www.wiesbaden.de/medien-zentral/dok/leben/stadtportrait/2017_05_Stadtanalyse_Bevölkerungsprognose.pdf, Zugriff am: 14.07.2018
- [30.] Luthe, E.-W. (2010a). Kommunale Gesundheitslandschaften. Teil 1. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2010: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV). Ausgabe Juli 2010. Berlin. http://www.irs-bs.de/pdf/lu_gesundheitslandschaften1.pdf, Zugriff am: 14.07.2018
- [31.] Luthe, E.-W. (2010b): Kommunale Gesundheitslandschaften. Teil 2. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2010: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV). Ausgabe August 2010. Berlin. <https://www.info-sozial.de/data/Gesundheitslandschaften-2.pdf>, Zugriff am: 03.07.2020
- [32.] Luthe, E.-W. (2015): Kommunale Gesundheitslandschaften – Bausteine und Perspektiven. In: Kuhn, Joseph & Heyn, Martin (Hrsg.) (2015): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bern. <https://www.info-sozial.de/data/Gesundheitsland.pdf>, Zugriff am: 14.07.2018
- [33.] Pollinger, K. et.al. (2015). Sozialraum und Sozialraumanalyse. Wien. http://www.partizipation.at/fileadmin/media_data/Downloads/themen/sozialraum_1.pdf, Zugriff am: 14.07.2018
- [34.] Quartiersmanagement am Mehringplatz (2017). Integriertes Handlungs- und Entwicklungskonzept 2017-2019 mit Jahresbilanz seit 2015. Berlin: Kunstwelt e.V.. http://qm-mehringplatz.de/fileadmin/user_upload/IHEK_Mehringplatz_2017_2019.pdf, Zugriff am 14.7.2018
- [35.] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin. <https://www.demografie->

- portal.de/SharedDocs/Downloads/DE/Studien/Bedarfsgerechte_Versorgung.pdf?__blob=publicationFile&v=2, Zugriff am: 14.07.2018
- [36.] Schulz-Asche, K. (2011). Fachgespräch zur kommunalen Gesundheitsvorsorge. In: Heinrich-Böll-Stiftung e.V. (2011): Kommunale Gesundheitslandschaft. Berlin. <https://www.gruene-bundestag.de/gesundheit/perspektiven-kommunaler-gesundheitslandschaften/seite-5-diskussion-vision-oder-abenteuer-09-12-2015.html>, Zugriff am: 14.07.2018
- [37.] Senatsentwicklung für Stadtentwicklung und Umwelt (2012). Bericht zur Umsetzung der Sozialraumorientierung. Berlin. https://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/sozialraumorientierung/download/Umsetzungsbericht_SRO_Berlin_02102012.pdf, Zugriff am: 14.07.2018
- [38.] Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt Berlin (2012). Handbuch zur Partizipation. 2. Auflage. Berlin. https://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/partizipation/download/Handbuch_Partizipation.pdf, Zugriff am: 14.07.2018
- [39.] Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen (2018a). Sozialraumorientierung (SRO). Berlin. https://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/sozialraumorientierung/, Zugriff am: 14.07.2018
- [40.] Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin (2018b). Quartiersmanagement Berlin. Berlin. <https://www.quartiersmanagement-berlin.de/>, Zugriff am 14.7.2018
- [41.] Statistisches Bundesamt (2015). 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Wiesbaden. <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=1966&v=2>, Zugriff am: 14.07.2018
- [42.] United Nations (2014). World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Highlights. New York. <https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.pdf>, Zugriff am: 14.07.2018
- [43.] United Nations (2018a). World Urbanization Prospects: The 2018 Revision. key facts. New York. <https://esa.un.org/unpd/wup/publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf>, Zugriff am: 14.07.2018

- [44.] United Nations (2018b). World Urbanization Prospects 2018: Maps. Growth rates of urban agglomerations. New York.
<https://esa.un.org/unpd/wup/Maps/>, Zugriff am: 14.07.2018
- [45.] van Santen, E. & Seckinger, M. (2003). Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine Empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- [46.] Vogelgesang, W. et.al. (2016). Urbane Dörfer. Städtische Lebensformen im dörflichen Kontext. Bonn. <http://www.bpb.de/apuz/236838/urbane-doerfer?p=all#fr-footnode3>, Zugriff am: 14.07.2018
- [47.] Warwick-Booth, L., Cross, R. & Lowcock, D. (2012). *Contemporary Health Studies. An Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- [48.] Whitehead, M. (1995). Tackling Inequalities in Health. In: Benzeval et al. (1995): Health Education Journal, Ausgabe 54, S. 22-52
- [49.] Wright, M. et.al. (2008). Stufen der Partizipation. Berlin.
<http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>, Zugriff am: 14.07.2018
- [50.] Zukunftsinstitut GmbH (2016). Urbanisierung: Die Stadt von morgen. Frankfurt/Main. <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/urbanisierung-die-stadt-von-morgen/>, Zugriff am: 14.07.2018

Videos

Demografischer Wandel in Deutschland

<https://www.youtube.com/watch?v=xC3loiG2qgE>

Abspielzeit: 2:24 min.

Xenius: Demografie - Wie zuverlässig ist sie?

<https://www.youtube.com/watch?v=jZexy7tF-44>

Abspielzeit: 26:04 min.

Smarte Städte, digitale Dörfer.

<https://www.youtube.com/watch?v=CWwuV-xEe3g>

Letzte Aktualisierung: 14.07.2018, Bearbeiter*in:

Abspielzeit: 8:32 min.



Groß war gestern – die Zukunft heißt Minihaus.

<https://www.youtube.com/watch?v=K9P-7TScUsU&t=24s>

Abspielzeit: 3:09 min.



Das Projekt Spreefeld – wohnen in Clustern.

<https://www.youtube.com/watch?v=F2pEgGe3W40>

Abspielzeit: 5:34 min.



Deutschland - Deine Städte - Mieten, Menschen, Metropolen.

<https://www.youtube.com/watch?v=yMys3iwJM7A>

Abspielzeit: 44:00 min.



QM Soldiner - Was ist Quartiersmanagement.

https://www.youtube.com/watch?time_continue=38&v=Fi1OaMCOc24

Abspielzeit: 3:41 min.



Was ist eigentlich ein Quartiermanager.

<https://www.youtube.com/watch?v=3FiBPPy7LI4>

Abspielzeit: 4:02 min.



"1999 bis 2016 - 17 Jahre Quartiersmanagement in Tiergarten Süd".

<https://www.youtube.com/watch?v=njTakUwsCu8>

Abspielzeit: 18:13 min.

7. Verwendungshinweise

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Die Vervielfältigung oder Wiedergabe dieses Dokuments oder Teilen dieses Dokuments ist ohne die Zustimmung der Studiengangleitung nicht gestattet.

Dieses Dokument sowie die zugrunde liegenden Arbeiten sind ausschließlich zum internen Gebrauch im Studiengang bestimmt. Eine weitergehende Verwendung bedarf einer Vorabinformation und -abstimmung mit der Studiengangleitung.

8. Impressum

Layout und Gesamtkonzeption Vorlesungsskript:



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online

Modul D1:
Wissenschaftliche Grundlagen

Impressum

Modulentwicklung:

Dr. Susanne Ress

Modulverantwortung:

Dr. Eva-Maria Beck

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Pflichtlektüre



Vertiefung



e-tivity



Definition



Tipp



Information



Podcast



Video



Austausch

[Querverweis](#)
[Externer Link](#)

Inhaltsverzeichnis

Woche 1: Standortbestimmung	4
1.1 Einführung	4
1.2 Lernziele des D1-Moduls.....	5
1.3 Bearbeitungshinweise.....	7
1.4 Gendergerechte Sprache.....	8
e-tivity Kapitel 1 – Koffer auspacken.....	10
Semesterübergreifende e-tivity: Glossar	13
Woche 2: Arten und das Lesen wissenschaftlicher Texte	14
2.1 Forschungsarten.....	14
2.2 Arten wissenschaftlicher Texte.....	16
2.3 Forschungsbericht.....	18
2.4 W-Fragen	21
e-tivity Kapitel 2 – Kritisches Lesen.....	23
Woche 3: Literaturrecherche	25
3.1 Funktion der Literaturrecherche.....	25
3.2 Literaturrecherche in Schritten	26
e-tivity Kapitel 3 – Rechercheauftrag	31
Woche 4: Bibliografie, Zitier-weisen und Annotationen	33
4.1 Bibliografie	33
4.2 Zitierweisen	33
4.3 Annotationen	38
e-tivity Kapitel 4: Zitieren und Annotation.....	41
Woche 5: Wissenschaftliches Wissen und Alltagswissen.....	42
5.1 Alltagswissen.....	42
5.2 Wissenschaftliches Wissen.....	43
5.3 Kriterien für Wissenschaftlichkeit	46
e-tivity Kapitel 5: Wissenschaft im Alltag.....	47
Woche 6: Weltsichten & Wissen-schaftstheoretische Grundlagen.....	49
6.1 Weltsichten	49
6.2 Wissenschaftstheoretische Grundlagen.....	53

6.3	<i>Verifikation und Falsifikation</i>	57
	<i>e-tivity Kapitel 6: Intellektuelle</i>	61
Woche 7: Evaluation, Qualitative und Quantitative Methoden & Hypothesenarten		
	Hypothesenarten	63
7.1	<i>Evaluation – Was ist das?</i>	63
7.2	<i>Qualitative und Quantitative Methoden im Vergleich</i>	66
7.3	<i>Hypothesenarten</i>	69
	<i>e-tivity Kapitel 7: Wissenschaftliche Studie aus Ihrem Berufsfeld</i>	71
Woche 8: Evidenzbasierte Praxis (EBP) und Clinical Reasoning		
	8.1 Evidenzbasierte Praxis	72
	8.2 Clinical Reasoning	86
	<i>e-tivity Kapitel 8: Wissenschaftlichen Text zu evidenzbasierter Praxis in den Berufsfeldern</i>	88
Woche 9: Akademisierung		
	9.1 Akademisierung der Gesundheitsberufe	89
	9.3 Zur Wissenschaftlichkeit der Gesundheits-versorgung	91
	<i>e-tivity Kapitel 9: Akademisierung Warum?</i>	97
Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen		
99		
Linkverzeichnis		
100		
Literaturverzeichnis		
102		

Woche 1: Standortbestimmung

Lernziel: Überblick über das Modul und Selbstverortung

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: „Koffer auspacken“ – Selbstreflexion und –darstellung

1.1 Einführung

In Therapie- und Pflegeberufen findet derzeit eine Akademisierung statt. In den verschiedenen Berufsfeldern ist man bestrebt, sich durch Bezug zu Wissenschaft und aktueller Forschung stärker und gezielter zu professionalisieren. Um diesen Bezug herstellen zu können, sind theoretische sowie methodische Grundkenntnisse erforderlich, welche Sie in den Modulen D2 (quantitative Forschungsmethoden), D3 (qualitative Forschungsmethoden) und D4 (Forschungsprojekt Praxis) durch eigene Forschungstätigkeiten praktisch erproben sollen. Im Modul D1 „Wissenschaftliche Grundlagen“ lernen Sie, wie der Name schon sagt, die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens kennen. Gemeinsam befassen wir uns mit der Bedeutung wissenschaftlichen Arbeitens für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Therapie- und Pflegealltag und diskutieren, inwiefern evidenzbasierte Praxis und Akademisierung die Therapie- und Pflegeberufe bereichern können. Des Weiteren lernen und üben Sie den Umgang mit wissenschaftlicher Literatur sowie Aspekten der Wissenschaftskommunikation.

Es sind oftmals die unterschiedlichsten Gründe, die einen motivieren, ein Studium aufzunehmen. Häufig wird man durch inhaltliche Neugier getrieben, wobei forschungsmethodische Grundlagen nicht selten als ein notwendiges Übel betrachtet und die Methodenausbildung nur zähneknirschend in Kauf genommen werden. Das muss aber nicht so sein, oder um es noch entschiedener zu sagen, es sollte nicht sein. Schließlich stellen eben diese Grundlagen und Methoden das

Herzstück der forschungsorientierten Praxis dar. Gerade deshalb ist es ein Anliegen dieses Moduls, einerseits die Notwendigkeit von Wissenschaftlichkeit kritisch und mit direktem Bezug auf die Berufspraxis zu reflektieren und andererseits kollektive Vorgehensweisen in der Umsetzung forschungsfundierter Lösungsansätze für interprofessionelles Handeln zu entwickeln.

1.2 Lernziele des D1-Moduls

Das Modul D1 vermittelt die zum selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten notwendigen Grundlagen. In Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) wird zwischen Fachkompetenz und personaler Kompetenzen unterschieden. Die Beschreibung der Kompetenzen orientiert sich an Niveau 6 des DQR.

1.2.1 Fachkompetenz

Am Ende des Moduls kennen Sie die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens und haben einen ersten Eindruck gewonnen, inwiefern dieses Wissen auf die interprofessionelle Berufspraxis angewendet werden kann. Sie verstehen die Unterschiede zwischen Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen und wie letzteres aus der empirischen Forschung heraus entwickelt wird. Sie haben gelernt, wie wissenschaftliche Erkenntnisse aufbereitet und gegenüber verschiedenen Zuhörerschaften kommuniziert werden. Im Zentrum des Moduls steht die Frage, warum wissenschaftliches Arbeiten wichtig und sinnvoll ist.

1.2.2 Personale Kompetenzen

Modul D1 befasst sich sowohl inhaltlich als auch praktisch mit Fragen wissenschaftlichen Arbeitens wobei Sie ein Verständnis für Aspekte der evidenzbasierten Praxis entwickeln. Das Modul behandelt diese Inhalte

auch in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Wie kann beispielsweise die kooperative Planung und Gestaltung einer forschungsbasierten und interprofessionellen Versorgung aussehen? Wie kann es gelingen, wissenschaftliche Ergebnisse aus dem eigenen Berufsfeld gegenüber anderen Berufsfeldern zu kommunizieren? Ein wesentliches Lernziel besteht darin, dass Sie ein Verständnis für den Zusammenhang zwischen Ihrer eigenen Berufs-praxis, sich verändernden Anforderungen an Gesundheitsberufe sowie der Notwendigkeit für wissenschaftliches Arbeiten entwickeln und dieses auf Ihre eigenen Arbeitspraxis anwenden können. Einführungen in wissenschaftliches Arbeiten kommen manchmal sehr trocken daher. Und so manche_r hat sich schon gefragt, wozu das alles gut ist. Das Modul geht davon aus, dass eine eben solche Haltung — nämlich fragend wofür das jetzt alles gut ist — in einem sich stark verändernden Berufsfeld eine durchaus sinnvolle Grundhaltung darstellt. Gleichzeitig besteht der Anspruch, es nicht bei dieser Frage zu belassen, sondern aktiv nach Antworten zu suchen. Deswegen kommen die Inhalte in diesem Studienbegleitheft weniger als „Antworten“ oder „trockener Lernstoff“ daher, sondern sollen als eine Einladung verstanden werden, sich aktiv und durchaus kritisch damit auseinander zu setzen. Dieses Modul vermittelt daher neben den fachlichen Inhalten auch eine kritisch hinterfragende Forschungspraxis.



1.2.3 Vertrauen in die eigene Kompetenz

Ein paar ermunternde Worte im Interesse der Gestaltung des Moduls. Selbst wenn Sie in diesem Studium neue Erfahrungen machen und sicher auch einiges dazulernen werden, dürfen und sollen Sie auch weiterhin auf Ihre professionelle Expertise vertrauen. Dieses Modul beinhaltet zahlreiche Aufgaben (e-tivities), die explizit darauf abzielen, eben genau diese Expertise mit forschungsbasierten Ansätzen in Verbindung zu setzen. Dieses Modul gibt Ihnen Platz, gemeinsam mit

Ihren Kommiliton_innen offen über die Möglichkeiten, Beschränkungen und Umsetzung forschungsorientierter Praxis in Gesundheits- und Pflegeberufen auf der Basis Ihrer bisherigen Berufserfahrungen nachzudenken, um sich dadurch bisher weniger begangene Wege der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erschließen.

1.3 Bearbeitungshinweise



In diesem Abschnitt werden einige Bearbeitungshinweise, sprich die pädagogische Logik des Studienbegleithefts und des Moduls, beschrieben. Es empfiehlt sich, diesen Abschnitt genau zu lesen, denn er bietet verschiedene Handwerkszeuge, die für einen erfolgreichen Abschluss des Moduls von Nutzen sein können.

Hochschullehre und das Lernen an einer Hochschule versteht sich hier in erster Linie als eine Aktivität der kollektiven Wissensproduktion. Dazu gehört der Erwerb von praktischem und theoretischem Wissen. Es ist uns ein Anliegen, Module in einer Art und Weise zu gestalten, die Struktur, Stabilität und Transparenz einerseits und größtmöglichen interprofessionellen und intellektuellen Spielraum andererseits bieten. Dazu gehört auch, dass Sie Verantwortung für Ihr eigenes Lernen sowie die Gestaltung einer kollektiv-partizipativen Lernatmosphäre übernehmen. Dies bedarf eines ständigen Wechsels zwischen dem individuellem Arbeiten (z.B. Lesen, Schreiben, Nachdenken) und der Interaktion mit Kommiliton_innen (z.B. Diskussion, Feedback).

Die hier zur Verfügung gestellten Materialien (Pflicht- und Vertiefungslektüre, Podcasts, Videos) sind selbständig zu bearbeiten. Gleiches gilt für viele der e-tivities (z.B. Mindmaps skizzieren, Listen erstellen, freies und problemgeleitetes Schreiben). Es gibt außerdem e-tivities, die Sie in interprofessionellen oder monopersonellen Arbeitsgruppen bearbeiten. Dabei geht es hauptsächlich um die kollektive

Auseinandersetzung mit forschungsbasierten Handlungsmöglichkeiten im Kontext interprofessioneller Therapie und Pflege.

Damit Sie sich schnell im Studienbegleitheft zurecht finden, sind die verschiedenen Aufgabentypen durch Icons gekennzeichnet. Zu Beginn des Studienbegleithefts finden Sie eine Übersicht über die Icons.

Neben dem individuellen Arbeiten bedarf es des ständigen Austauschs mit Kommiliton_innen. Ein solcher Austausch ist bei einem Online-Bachelor wie diesem nicht immer selbstverständlich, sondern muss von allen Studierenden aktiv gestaltet werden. In diesem Modul konzentriert sich die Gruppenarbeit zunächst auf Diskussionsforen, Paar- und Kleingruppenarbeit. Gleichzeitig werden Sie in Form von e-tivities aufgefordert, die Beiträge Ihrer Kommiliton_innen zu kommentieren.

1.4 Gendergerechte Sprache

Warum überhaupt „geschlechtergerecht“ schreiben?

Sprache konstruiert Wirklichkeit, und die Worte, die wir wählen, machen Dinge und Menschen sichtbar oder unsichtbar. Bis in die 1980er Jahre hinein wurde in Texten immer nur die männliche Form genannt („generisches Maskulinum“), Frauen waren immer „mitgemeint“ - als Kunde im Laden, Student in der Uni, Arzt im Krankenhaus. Aus zahlreichen Arbeiten an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften wissen wir, dass sich Frauen und Männer in Gesundheit und Krankheit, im gesundheitsrelevanten Verhalten und in der Nutzung des Versorgungssystems unterscheiden. Auch die Ressourcen und Belastungen unterscheiden sich und die Akteur_innen im Gesundheitswesen scheinen - zumindest in einigen Bereichen - Unterschiede in der Behandlung von Frauen und Männern zu machen. In der Aufbereitung der wissenschaftlichen Literatur ist es für uns deshalb wichtig, dass wir bei den Arbeiten anderer unterscheiden können, ob Männer, Frauen oder beide Geschlechter untersucht wurden und auch, dass Ergebnisse geschlechterdifferenziert präsentiert werden. Aus diesem Grund ist uns die geschlechtergerechte Sprache ein Anliegen.

Eine geschlechtergerechte Formulierung mag zunächst einmal ungewohnt sein, aber Übung macht auch hier den Meister und die Meisterin. Ein Haupteinwand gegen eine geschlechtergerechte Sprache bezieht sich darauf, dass geschlechtergerechte Formulierungen umständlich sind und Texte dadurch schwerer lesbar sind. Dies ist sicherlich richtig, insbesondere dann, wenn es sich um lange Sätze mit verschachtelten Nebensätzen handelt. Gerade Gesetzestexte sind dann nicht einfach zu lesen, aber bei anderen Textgattungen finden sich häufig elegante, mitunter sogar witzige und anregende Lösungen (etwa, wenn in einem Text abwechselnd eine männliche und eine weibliche Berufs- und Personenbezeichnung gewählt wird).

Die deutsche Sprache erlaubt es uns, sprachlich zwischen Männern und Frauen zu differenzieren oder Worte zu wählen, die tatsächlich geschlechtsneutral sind, und wir möchten Sie dazu anregen, Ihren Sprachgebrauch zu reflektieren und kreativ mit der Benennung der Geschlechter umzugehen. Spielen Sie mit der Sprache und probieren Sie aus, welche Lösungen Ihnen einfallen.

Quelle: Universität Bielefeld. Hinweise zur Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache.

<https://www.uni-bielefeld.de/gleichstellungsbeauftragte/hinweise-geschlechtergerechte-sprache-2013.pdf>

Unter den folgenden Links finden Sie Vorschläge für Schreibweisen und eine Einladung sich mehr mit geschlechtergerechter Sprache vertraut zu machen:

- [Gendermainstreaming an der ASH Berlin](#)
- [Hinweise und Empfehlungen für geschlechtergerechte Sprache an der ASH](#)
- [Bundesministerium für Wissenschaft, Bildung und Forschung: Geschlechtergerecht Formulieren](#)
- [Gender Institut Bremen](#)





e-tivity Kapitel 1 – Koffer auspacken

Die e-tivity dieser Woche stellt die Erfahrungen, die Sie bisher mit Forschung bzw. forscherschen Tätigkeiten gemacht haben, in den Mittelpunkt. Sie sollen sich einerseits Ihrer bisherigen Erfahrungen bewusst werden und andererseits sollen Sie sich klarmachen, welche Erwartungen Sie an dieses Modul haben. Versichern Sie sich Ihrer Stärken. Versuchen Sie, Schwierigkeiten zu antizipieren und mögliche Lösung zu entwickeln. Die e-tivity besteht aus vier Schritten, die Sie in Ihrem Forschungstagebuch schriftlich festhalten. In einem fünften Schritt stellen Sie sich selbst als forschende und forschungsorientiert-handelnde Person dar. Diese Darstellung teilen Sie mit Ihren Kommiliton_innen.



Merkkasten Forschungstagebuch

Für Forschung empfiehlt es sich stets, ein Forschungstagebuch zu führen, welches Sie immer zur Hand haben. Es sollte nicht zu klein sein, aber dennoch in Ihre Tasche etc. passen. In diesem Forschungstagebuch halten Sie Notizen, Gedanken, Anmerkungen, Literaturhinweise und alles Mögliche andere fest. So vermeiden Sie eine Zettelwirtschaft und verlieren nicht den Überblick. Datieren Sie Ihre Einträge und auch das Forschungstagebuch (wann begonnen). So ergibt sich mit der Zeit eine kleine Sammlung an Büchern, auf deren Inhalte Sie auch später wieder zurückgreifen können.

Jetzt fragt sich sicherlich die_der eine oder andere, ob man_frau das auch online machen kann. Die Antwort lautet: Ja und Nein. Natürlich können Sie in jeglichen ständig mitgeführten Geräten auch auch Notizen machen, allerdings ist das Bewegen eines Stiftes über ein Blatt Papier immer auch noch einmal eine andere Erfahrung, die das Denken und die Kreativität stimuliert. Mittlerweile gibt es auch wunderbare Apps (z. B. **Scanner Pro**), mit Hilfe derer Sie handgeschriebene Notizen und

Skizzen einfach einscannen und posten können.

Schritt 1

Da Sie sich auf eine Forschungsreise begeben, befinden sich in diesem Koffer sowohl Gegenstände des täglichen Gebrauchs als auch Gegenstände, die eine persönliche Bedeutung für Sie haben. Und natürlich ist in diesem Koffer auch noch Platz für die eine oder andere Sache, die auf dieser Forschungsreise dazu kommt. In dieser Übung sollen Sie diesen Koffer gedanklich packen. Bitte beantworten Sie dafür zunächst die folgende Frage:

Stellen Sie sich vor, Sie sollen einer Person, die Ihnen nahe steht, begründen, warum Sie sich für dieses Studium entschieden haben. Dabei erklären Sie auch, dass Sie sich mehr mit dem Thema Forschung befassen möchten. Daraufhin erhalten Sie neugierige Rückfragen: „Warum nun ausgerechnet Forschung? Was hat das mit Deiner Arbeit zu tun?“

Was würden Sie antworten? Nehmen Sie sich circa 30 Minuten Zeit und sammeln Sie Ihre Antworten auf diese Frage stichpunktartig auf einem Blatt Papier, oder noch besser, in Ihrem Forschungstagebuch.

Schritt 2



Vermutlich sind Ihnen bei der Beantwortung dieser Fragen die verschiedensten Begründungen eingefallen, die sowohl für als auch gegen Forschung sprechen. Schreiben Sie diese noch einmal gesondert auf: Zwei Gründe für Forschung in Ihrem Berufsfeld und zwei Gründe gegen Forschung in Ihrem Berufsfeld. Posten Sie diese Gründe auf der Lernplattform.

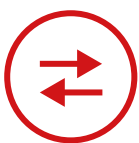


Schritt 3

Sowohl die Gründe dagegen als auch die dafür sind zu Beginn einer Forschungsreise höchst spannend, da Sie Ihnen einen ersten Zugang zu Ihren Erfahrungen und Ihren Bedenken geben können. Um noch etwas besser zu verstehen, worin Ihre Erfahrungen und Bedenken bestehen, versuchen Sie in einem nächsten Schritt die Gründe dagegen und dafür mit Erlebnissen aus Ihrem persönlichen und Ihrem Arbeitsalltag zu verbinden. Welche Erfahrungen haben Sie in Bezug auf Forschung gemacht, die nun zu Ihrem Optimismus oder Ihrem Zögern beitragen? Verknüpfen Sie die oben genannten Gründe für oder gegen Forschung in Ihrem Arbeitskontext mit Erlebnissen aus Ihrem (Arbeits-)Alltag. Halten Sie diese schriftlich für sich selbst fest.

Schritt 4

Nachdem Sie auf diese Art und Weise in Ihre persönlichen Forschungserfahrungen eingetaucht sind, können Sie hier nun noch einmal Ihre Stärken (Was bringe ich mit?) und Ihre Schwächen (Womit stehe ich mir gegebenenfalls selbst im Weg?) dokumentieren. Und wenn Sie einmal dabei sind, überlegen Sie sich auch, wer oder was Ihnen helfen könnte, mögliche Schwierigkeiten zu überwinden? Beantworten Sie die folgenden Fragen: Was sind meine Stärken in Bezug auf Forschung? Was sind meine Schwächen in Bezug auf Forschung? Wer oder was wird mir auf dieser Forschungsreise helfen? Was erwarte ich mich von dieser Reise?



Schritt 5

Jetzt ist Ihre Kreativität gefragt. Sie sollen sich selbst als Forscher_in darstellen. Das können Sie in Form einer Zeichnung, eines Comics, einer kleinen Geschichte oder mit Hilfe eines Pod- oder Vodcasts tun. Bitte laden Sie Ihre Selbstdarstellung auf die Lernplattform hoch.



Semesterübergreifende e-tivity: Glossar



Im Modul D1 (wie auch in anderen Modulen) werden Sie mit sehr vielen neuen Begriffen konfrontiert. Um einerseits den Überblick über diese Begriffe nicht zu verlieren und andererseits sich dies nach und nach als Handwerkszeug anzueignen, entwickeln wir gemeinsam im Verlauf des Semesters ein Glossar. Dafür sollen Sie im Laufe der nächsten Wochen Begriffe im Studienbegleitheft und in der Literatur identifizieren, die Ihnen unbekannt oder unklar sind. Für jeden dieser Begriffe legen Sie einen Eintrag im Glossar an. Dann schlagen Sie die Begriffe nach oder besprechen Sie mit Ihren Kommiliton_innen zur Klärung. Ergänzen Sie die Klärung im Glossareintrag. Am Ende des Seminars überprüfen wir die Einträge gemeinsam, ergänzen und erklären die Begriffe.

Woche 2: Arten und das Lesen wissenschaftlicher Texte

Lernziel: Überblick über verschiedene Textarten und erster Umgang mit systematischem Lesen wissenschaftlicher Texte

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: Einen vorgegebenen Text lesen und Zusammenfassung erarbeiten

2.1 Forschungsarten

In der Wissenschaft wird grundsätzlich zwischen Grundlagenforschung und angewandter Forschung unterschieden.



Merkkasten Grundlagenforschung

Grundlagenforschung ist eine Bezeichnung für erkenntnistheoretische und zweckfreie Forschung, d. h. zunächst steht der reine Erkenntnisgewinn im Vordergrund. Dabei ist Grundlagenforschung in allen Wissenschaften vertreten. Besonders vertraut ist das Bild von der Grundlagenforschung in den Naturwissenschaften und in der Medizin. Zweckfrei forschen heißt hier Wege zu finden, um neue Stoßrichtungen einer Disziplin zu etablieren. Die Grundlagenforschung schafft ein Elementarwissen für weitergehende Forschung und unterscheidet sich in dieser Hinsicht von der angewandten Forschung, deren Schwerpunkt auf dem Praxisbezug liegt, und der Industrieforschung, die wirtschafts- und gewinnorientiert ist.

Ein Beispiel für die Grundlagenforschung ist die Laserphysik. [Albert Einstein](#) beschäftigte sich bereits mit den Grundlagen dieses Gebiets der Optik. Nach den grundsätzlichen Studien und Experimenten in der Laserphysik wurden und werden vielfältige Anwendungsgebiete der

Laserphysik entdeckt: von der Materialuntersuchung und –bearbeitung zur Messtechnik über die medizinische Diagnostik und Therapeutik bis zum CD-Spieler, Laser-Pointer oder der 2005 Nobelpreis-prämierten Laserspektroskopie ist die Laserphysik längst der Grundlagenforschung entwachsen und eine unverzichtbare Technologie einer modernen, hoch entwickelten Gesellschaft geworden.

Doch nicht nur Technologien, die auf Grundlagenforschung basieren, finden Einzug in den Alltag, sondern auch Methoden. Dort, wo die Grundlagenforschung die angewandte Forschung berührt, gibt es einen regen Wissenstransfer. Aus theoretischer Erkenntnis wird Praxiswissen, aus Hypothesen wird Bildung.

Die Mathematik, an sich ein Extrembeispiel für Grundlagenforschung, bietet hier ein reichhaltiges Instrumentarium. So profitiert z. B. die Ökonomie im Bereich der Wirtschaftsmathematik von den Sätzen und Erkenntnissen der Mathematik. Diese Vermischung der Disziplinen führt uns automatisch auf den Begriff der **Interdisziplinarität**. Dieses Schlagwort kann nicht genug betont werden. Denn ein Methodentransfer hat sich in mannigfacher Form bewährt. Interdisziplinarität hat ein ungeheures Potenzial, das noch zu wenig genutzt wird. Sie erfordert, dass die Protagonisten von Einzeldisziplinen den Dialog suchen. Eine Verständigung in dieser Form ist leider oft noch eine Ausnahme. Eine zunehmende Spezialisierung in den einzelnen Disziplinen erschwert den interdisziplinären Dialog sogar. Es ist daher ein wesentliches Ziel dieses Studiengangs einerseits zur Akademisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe beizutragen und andererseits eine Silobildung zu verhindern. Der interprofessionelle und interdisziplinäre Austausch in diesem Studium soll den Wissensaustausch fördern, um die Mächtigkeit wissenschaftlichen Bemühens und insbesondere der Grundlagenforschung voll zu entfalten.

Quelle: Müller, A. (2005) Brauchen wir Grundlagenforschung? (www.spektrum.de)

Merkkasten Interdisziplinarität und Interprofessionalität

Interdisziplinarität

Unter Interdisziplinarität versteht man die Nutzung von Ansätzen, Denkweisen oder zumindest Methoden verschiedener (wissenschaftlicher) Fachrichtungen. Eine interdisziplinäre oder fächerübergreifende Arbeitsweise umfasst mehrere voneinander unabhängige Einzelwissenschaften, die einer meist wissenschaftlichen Fragestellung mit ihren jeweiligen Methoden nachgehen. Interdisziplinarität bedingt die Integration und Verschränkung verschiedener Teilaspekte. Ein reines Nebeneinander dieser Aspekte reicht nicht aus.

Interprofessionalität

Interprofessionelle Zusammenarbeit bezieht sich auf unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe. Dabei ist die Interaktion der Akteure der Berufsgruppen zwingend. Gemeinsam wird an einer dynamischen Situation gearbeitet, um z. B. komplexe Versorgungsprobleme lösen und Leistungen bereit zu stellen. Die Sichtweisen aller werden einbezogen. Es handelt sich bei Interprofessionalität um ein Schlüsselkonzept im Gesundheitssystem.

2.2 Arten wissenschaftlicher Texte

Um Forschungsergebnisse zu verbreiten, gibt es verschiedene Formate der Publikation.

- **Monografien** sind buchlange Werke, die von einzelnen Autor_innen verfasst wurden. Monografien dienen der umfassenden Darstellung bestimmter Themen. Dabei kann es sich um Grundlagenforschung, angewandte Forschung sowie um populärwissenschaftliche Bücher handeln.

- In **Sammelbänden** sind die Arbeiten mehrere Autor_innen zu einem bestimmten Sachverhalt zusammengefasst. Oftmals schreiben die verschiedenen Autor_innen jeweils ein Kapitel zu einem bestimmten Thema. In der Regel gibt es bei Sammelbänden sogenannte Herausgeber_innen. Sie sind für die Einführung und das Schlusskapitel des Buches sowie für die Organisation der verschiedenen Kapitel verantwortlich.
- In **Lehrbüchern** sind Sachverhalte eines bestimmten Faches für Studierende leicht verständlich dargestellt. Oftmals werden Themen und Theorien mit Beispielen veranschaulicht. Ggf. enthalten Lehrbücher auch Übungen an Hand derer die Studierenden Ihr Wissen überprüfen und festigen können. Lehrbücher können sowohl von einzelnen Autor_innen als auch von Autor_innengruppen verfasst sein.
- **Zeitschriftenartikel** in sogenannten Fachzeitschriften gehören mittlerweile zu den wohl am weitesten verbreitete Formen der Publikationen wissenschaftlicher Ergebnisse. In Zeitschriftenartikeln werden die Ergebnisse eines Forschungsprojekts in einer für das geübte Auge schnell nachvollziehbaren Struktur dargestellt. Zeitschriftenartikel bestehen in der Regel aus einer Einführung, einem Überblick über den aktuellen Stand der Forschung (der Zusammenfassung existierender Literatur), einer Beschreibung der im Forschungsprojekt verwendeten Methoden (dies dient der Nachvollziehbarkeit der Forschung), der Darstellung der Ergebnisse, einer Diskussion und einer Schlussfolgerung. Am Ende des Artikels befindet sich das Literaturverzeichnis und ggf. einem Anhang mit bspw. Tabellen oder Untersuchungsinstrumenten (z. B. Fragebögen), die für den eigentlichen Text zu lang geworden wären.
- **Handreichungen** und **Leitfäden** sind eine weitere Art der Publikation wissenschaftlicher Erkenntnisse. Diese Form findet sich häufig vor allem in der angewandten Forschung. In der

englischen Sprache werden solche Handreichungen auch Policy Briefs genannt.

Zu den **Qualifizierungsarbeiten** gehören Bachelor- und Masterarbeiten sowie Dissertationen. Qualifizierungsarbeiten dienen dem Erhalt eines wissenschaftlichen Abschlusses (z. B. Bachelor oder Master) oder eines wissenschaftlichen Grades (z. B. Dokortitel). In diesen Arbeiten stellen die Studierenden bzw. Doktorand_innen ihre wissenschaftliche Befähigung unter Beweis. Seminar- und Hausarbeiten können im weitesten Sinne zu den Qualifizierungsarbeiten gezählt werden. Allerdings dienen sie nicht dem Erhalt eines Studienabschlusses sondern müssen als Teilleistungen verstanden werden. Qualifizierungsarbeiten der verschiedenen Stufen variieren hinsichtlich der Länge und Anforderungen. Mit den verschiedenen Formaten erreichen Sie meist verschiedene Zuhörer_innenschaften bzw. die verschiedenen Formate erfüllen unterschiedliche Bedürfnisse hinsichtlich der wissenschaftlichen Berichtserstattung.

2.3 Forschungsbericht

Jede wissenschaftliche Arbeit lebt von einer guten Gliederung. Das hilft bei der weiteren Recherche und fokussiert auf das Wesentliche. Es lohnt sich demnach von Anfang an dieser Gliederung zu arbeiten, bereits dann, wenn Sie mit der Forschungsarbeit beginnen. Aber wie können Sie eine wissenschaftliche Arbeit gut gliedern? Folgend sind ein paar Fragen aufgeführt, die bei der Erstellung einer Gliederung hilfreich sind.

I. Einleitung – Hinführung zur Thematik

Mit welcher Thematik/Fragestellung beschäftige ich mich in der Arbeit? Warum ist es relevant/interessant das zu tun? Eventuell. Welche „Problemlage“ bearbeite ich? Welches Ziel (bzw. Unterziele) verfolge ich in der Thesis? Wie gehe ich im Weiteren vor, d.h. was erwartet den_die Leser_in? (Roten Faden aufzeigen, d.h. es geht nicht um die

reine Auflistung der kommenden Kapitel, sondern vielmehr darum, die Bezüge zwischen den Kapiteln zu verdeutlichen)

II. Theoretische Grundlagen / empirischer Forschungsstand

Welche theoretischen Konzepte und empirischen Befunde liegen zur Thematik vor? Welche zentralen Begriffen und Theorieschulen muss/kann ich hier erläutern? Welche schließe ich eventuell warum aus? Wie kann ich meine „Problemstellung“ genauer fokussieren?

III. Forschungsmethodisches Vorgehen

Welchen Forschungszugang (qualitativ/ quantitativ) habe ich warum gewählt? Für welche Methoden der Datenerhebung (Fragebögen, Experimente, Interviews, Gruppendiskussionen oder teilnehmende Beobachtungen) habe ich mich warum entschieden? Wie wurde der Leitfaden entwickelt? Welchen Feldzugang habe ich gewählt mit welchen Erfahrungen? Wie ist das Sampling erfolgt? Wie wurde die Datendokumentation gehandhabt? Mit welchem Auswertungsverfahren bin ich vorgegangen?

IV. Vorstellung der empirischen Ergebnisse

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede kann ich als zentrale Motive in den Daten analytisch herausarbeiten? Welche zentralen inhaltlichen Kategorien kann ich identifizieren und was beinhalten sie?

V. Diskussion der empirischen Ergebnisse mit dem bereits vorgestellten Forschungsstand

Wo decken oder widersprechen sich Ergebnisse? An welchen Punkten gehen meine Ergebnisse über das bisher vorhandene hinaus?

VI. Abschließende Diskussion

Was kann ich zusammenfassend im Hinblick auf die (theoretische oder empirische) Untersuchung formulieren? Wo erkenne ich Normativitäten/ Setzungen in Theorie- oder Pflegekonzepten oder/und Studien? Was wird in der momentanen Betrachtung/der Fachdiskussion zum Thema übersehen? Kann ich Handlungsempfehlungen formulieren? Welche Relevanz hat diese Fragestellung in der Praxis? Abbildung 1 zeigt eine typische Gliederung einer Qualifizierungsarbeit.

Quelle: Niermann, Debora (2016). Gliederung qualitative Abschlussarbeit. QUASUS. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. URL <https://quasussite.wordpress.com/gliederung-qualitative-abschlussarbeit/>

Titel der Arbeit, Autor_in, Datum, Hochschule, Lehrstuhl und Betreuer_in, Abstrakt

- I. EINLEITUNG**
 - 1. Relevanz des Themas
 - 2. Ausgangspunkt und Bedeutsamkeit des Themas
 - 3. Aufbau der Arbeit
- II. THEORETISCHE ANSÄTZE (Einordnung in die Literatur)**
 - 1. Nennung der wesentlichen Theorien
 - 2. Einordnung der Thematik in der wissenschaftlichen Disziplin
 - 3. Übersicht über den Forschungsgegenstand
- III. EMPIRISCHER TEIL (Darstellung der Ergebnisse)**
 - 1. Zielsetzung und Fragestellung**
 - a. Zielsetzung der Arbeit
 - b. Formulierung der Forschungsfragen (und ggf. Vorannahmen)
 - 2. Methode**
 - a. Auswahl und Verortung des Forschungsdesigns (qualitativ, welche Methode)
 - b. Auswahl und Beschreibung der Stichprobe (Anzahl, Alter, Geschlecht, etc.)
 - c. Begründung des Forschungsdesigns und der Stichprobe
 - d. Eingesetzte Erhebungsinstrumente
 - e. Auswahl der Auswertungsverfahren
 - 3. Auswertung und Ergebnisse**
 - a. Forschungsfrage 1: Deskriptive Ergebnisse und Analyse der Daten
 - b. Etc.
- IV. DISKUSSION**
 - 1. Zusammenfassung der Ergebnisse
 - 2. Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage
 - 3. Erkenntnisgewinn und ggf. Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis
- V. LITERATUR**
- VI. ANHANG**

Abbildung 1: Typische Gliederung einer Abschlussarbeit

2.4 W-Fragen

Es versteht sich von selbst: Wer studiert und forscht, muss viel lesen. Insbesondere Studienanfänger_innen fühlen sich oft von diesem Anspruch überfordert. Dennoch sollten Sie sich davon nicht entmutigen lassen. Das bearbeiten und verstehen wissenschaftlicher Texte ist ein bisschen wie eine neue Sprache lernen. Am Anfang ist das mühsam und man_frau lässt sich leicht entmutigen. Mit der Zeit wird es immer leichter und man_frau gewinnt Vertrauen in das eigene Wissen. Wir befassen uns in dieser Woche deshalb mit dem Lesen wissenschaftlicher Texte.

Zur systematischen Erarbeitung und kritischen Diskussion von Texten stellen Sie sich vor und während des Lesens immer wieder die sogenannten **W-Fragen: wer, was, warum, usw.**

- Was ist das für ein Text? Warum lese ich das eigentlich?
- Wer schreibt den Text?
- An wen ist der Text adressiert?
- Was ist das Thema des Textes?
- Welches Format hat er? Warum hat er das Format?
- Welche Problem- oder Fragestellung wird in dem Text bearbeitet?
- Warum wird diese Problem- oder Fragestellung bearbeitet?
- Mit welchen Methoden werden diese angegangen?
- Welche Schlussfolgerungen ziehen die Autor_innen?
- Was sind meine Erwartungen an den Text?

Bevor Sie beginnen, einen Text zu lesen, verschaffen Sie sich zunächst einen Überblick. Lesen Sie das Abstract (Zusammenfassung) oder die

erste Seite. Blättern Sie den Text durch und lesen Sie die Zwischenüberschriften. Machen Sie sich Notizen zu den folgenden Aspekten: Was erwarte ich mir von diesem Text? Wo habe ich vielleicht schon einmal etwas zu diesem Thema gehört, gelesen oder gelernt?

Erst danach lesen Sie den vollständigen Text. Beim Lesen des vollständigen Textes kommen Sie auf die verschiedenen W-Fragen zurück und versuchen diese soweit wie möglich zu beantworten. Machen Sie sich gegebenenfalls am Rande des Texts Vermerke. Zum Beispiel können mit einfachen Stichworten den Inhalt eines Paragraphen zusammenfassen. Oder Sie machen sich Vermerke zu den verschiedenen W-Fragen.

Halten Sie die Antworten auf W-Fragen stichpunktartig zum Beispiel in einem Forschungstagebuch (siehe oben) fest. Wenn es Ihnen gelingt diese Notizen systematisch zu führen, hilft Ihnen das später in der eigenen Forschung, denn die Einordnung Ihrer eigenen Interessen und Befunde in die bestehende Literatur ist ein wesentlicher Bestandteil dieses Prozesses. Kein Forschungsprojekt besteht für sich allein. Sondern es ist immer in die existierende Forschung eingebunden und baut darauf auf. Deshalb ist strukturiertes und kritisch-hinterfragendes Lesen ein fester Bestandteil wissenschaftlichen Arbeitens.

Abschließend fassen Sie den soeben gelesenen Text in Ihren eigenen Worten zusammen. Das nennt man auch Paraphrasieren. Je nach Länge des Textes kann die Zusammenfassung ein halbe bis eine Seite lang sein. Stellen Sie den Bezug zu anderen Texten her. Und zu guter letzt beurteilen Sie den Text. War der Text hilfreich? Warum oder warum nicht? Fanden Sie die Argumentation nachvollziehbar? Warum oder warum nicht? Vielleicht fanden Sie, dass bestimmte Perspektiven in dem Text zu kurz kamen.

Wenn Sie während des Studiums und auch später wissenschaftliche Texte in dieser Art systematisch lesen und langsam lernen, diese kritisch zu hinterfragen, entwickeln Sie ein eigene Literaturdatenbank

auf die Sie im Laufe Ihres Studiums und später in der Bachelorarbeit zurückgreifen können.

Kein Forschungsprojekt besteht für sich allein. Sondern es immer in die existierende Forschung eingebunden und baut darauf auf. Deshalb ist Lesen, d. h. strukturiertes und kritisch hinterfragendes Lesen ein fester Bestandteil wissenschaftlichen Arbeitens.

Unter diesen Links finden Sie zusätzliche Informationen zu dem Thema:



- [Akademisches Lesen \(Universität Kassel\)](#)
- [Wissenschaftliche Texte lesen, verstehen und auswerten](#)
- [Friedrich Rost](#)
- Kruse, O. (2010). Lesen und Schreiben – Der richtige Umgang mit Texten im Studium. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Rost, F. (2001). Lern- und Arbeitstechniken für pädagogische Studiengänge. 2. Auflage. Opladen: Leske + Budrich 2001.



e-tivity Kapitel 2 – Kritisches Lesen

Lesen Sie den folgenden Ihnen zur Verfügung stehenden Text:



Schwentner, L., & Janni, W. (2014). Literaturrecherche. Strategien zur Orientierung im Literatur-Dschungelcamp. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74(03), 205-207.

Gehen Sie in folgenden Schritten vor:

1. Beantworten Sie die oben genannten W-Fragen. Halten Sie die Antworten auf diese Fragen in einem ersten Schritt stichpunktartig fest.



2. Schreiben Sie danach eine kurze Zusammenfassung (5 bis 6 Sätze).
3. Beurteilen Sie am Ende, ob Sie den Artikel hilfreich fanden und begründen Sie Ihre Entscheidung.
4. Posten Sie Ihre Antworten in dem entsprechenden Diskussionsforum.
5. Kommentieren Sie die Zusammenfassung von zwei Kommiliton_innen aus einer anderen Berufsgruppe.

Eine kleine Erinnerung: wissenschaftliches Arbeiten ist immer mit Herausforderungen verbunden. Nur dadurch stellen sich auch die entsprechenden Erfolge ein. Lassen Sie sich also nicht entmutigen, sondern stellen Sie sich diesen Herausforderungen proaktiv und konstruktiv.

Woche 3: Literaturrecherche

Lernziel: Literatur systematisch recherchieren

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: Rechercheauftrag interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheits- und Pflegeberufen

3.1 Funktion der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche ist ein fester Bestandteil jedes Forschungsvorhabens. Sie erfüllt die folgenden Funktionen:

- Einordnung des Forschungsinteresses in aktuellen Forschung
Eingrenzung der Forschungsfrage
- Aufbau der Bibliographie und Nachvollziehbarkeit der Forschung
- Bei der Datenanalyse zur Interpretation des Datenkorpus
Trinangulation und Begründung der Ergebnisse



Generell gilt: die Kunst der Erstellung einer Bibliographie liegt in der richtigen Auswahl und Eingrenzung der Literatur. Zuerst lesen Sie in die Breite und in einem zweiten Schritt grenzen Sie die Literatur auf die für Sie wichtigen Texte gegenstandsbezogen ein. Dabei bilden Sie den aktuellen Forschungsstand zum Thema ab. D.h. Sie erstellen einen systematischen Überblick darüber, welche Fragen im Zusammenhang mit dem Thema bereits erforscht wurden. Welche Methoden und Theorien dabei verwendet wurden und welche Befunde es gibt. Diese Darstellung dient einerseits der Eingrenzung und Konkretisierung der Forschungsfrage und des Forschungsgegenstands, den Sie bearbeiten möchten. Es macht Ihr Forschungsvorhaben nachvollziehbar für andere

und Sie identifizieren dadurch ggf. vorhandene Forschungslücken, die Sie wiederum mit Ihrem Vorhaben füllen können.

Im späteren Forschungsverlauf können Sie dann auf diese Literatur zurückgreifen, um Ihre eigenen Befunden zu begründen. Es ist allerdings auch sehr wahrscheinlich, dass Ihre Forschung Befunde zutage bringt, die bzgl. des Themas neu sind und deshalb durch eine erneute und erweiterte Literaturrecherche im Verlauf der Datenauswertung in der Literatur zu verankern ist. Diese erneute Recherche im späteren Forschungsverlauf stellt einen Teilaspekt der Zirkularität qualitativer Sozialforschung dar.

3.2 Literaturrecherche in Schritten

Nutzen Sie zu diesem Thema auch das PDF „Vorstellung der ASH-Bibliothek und Einführung in die systematische Literaturrecherche.“

3.2.1 Vorbereitung – Suchbegriffe bestimmen

Eine Literaturrecherche startet man am besten mit einem Blatt Papier, nicht am Computer. Zuerst soll genau geklärt werden, wonach gesucht wird. Das **Thema** wird genau beschrieben und in Teilaspekte gegliedert. Notieren Sie sich passende **Ober- und Unterbegriffe** und ergänzen Sie verwandte und synonyme Begriffe. So entsteht eine **Wortliste**, welche später eine gezielte Suche in den Datenbanken erlaubt. Alle wichtigen Begriffe sollten in mehreren Lexika und Handbüchern nachgeschlagen werden. Auch Lehrbücher und Einführungen helfen, um die relevanten Begriffe in der Wortliste zu ergänzen.

Internetangebote wie www.wikipedia.de bieten eine gute Unterstützung bei der Bestimmung der Suchbegriffe. Doch nutzen Sie diese Quellen nur als **Orientierungshilfe**. Eine weitere Verwendung der dort gefundenen Informationen ist nicht möglich. Da sie nicht durch eine

wissenschaftliche Redaktion geprüft sind, dürfen sie nicht zitiert werden.

Am besten notieren Sie sich die Begriffe gleich in **deutscher** und **englischer** Sprache, denn viele Fachdatenbanken stammen aus dem englischsprachigen, insbesondere nordamerikanischen Raum. Hier helfen Online-Wörterbücher wie z. B. www.dict.leo.org.

3.2.2 Umfang und Art der Literatur bestimmen

Es empfiehlt sich, ganz zu Beginn der Recherche zu klären, wie umfangreich die Literaturrecherche werden soll: Reichen fünf oder zehn wirklich gute Literaturangaben oder soll die Suche so vollständig wie möglich sein?

Die folgenden Literaturarten kommen in Frage:

- Lehrbücher
- Wissenschaftliche Bücher (Monografien)
- Zeitschriftenartikel
- Herausgeberwerke (auch Sammelbände oder Festschriften, Handbücher etc.)
- Handwörterbücher
- Forschungsberichte und andere Arbeitspapiere sowie Kongressberichte
- Statistiken, Jahrbücher, Kataloge, Informationen von Pressdiensten

Quellen für Literatur:

- Bibliothekskataloge

- Fachdatenbanken/Elektronische Volltextzeitschriften
- Literaturdatenbanken
- Internetsuchmaschinen (z. B. scholar.google.com)

3.2.3 Recherchieren und Recherchestrategien

Sobald die Suche vorbereitet, eine Wortliste erstellt, unklare Begriffe geklärt, der Umfang festgelegt und die relevanten Informationsquellen ausgewählt sind, kann die eigentliche Recherche beginnen.

- Suchen mit Hilfe der Wortliste
- Verknüpfung von Suchbegriffen mit AND, OR und NOT

Diese sogenannten Booleschen Operatoren dienen zur Kombination verschiedener Suchbegriffe in einem Suchfeld. Diese Suchoperatoren kann man in allen Bibliothekskatalogen, Literaturdatenbanken und auch in Internetsuchmaschinen anwenden.

- Phrasensuche

In vielen Datenbanken und Bibliothekskatalogen kann eine Phrasensuche durchgeführt werden. Die eingegebenen Zeichen werden dann in ihrer genauen Reihenfolge gesucht. Meistens müssen Anführungszeichen vor und hinter die Begriffe gesetzt werden, manchmal wird die Phrasensuche durch Ankreuzen eines Kästchens aktiviert.

- Recherchestrategie: Schneeballsystem

Es ist sinnvoll, die Recherche und die Auswertung der Ergebnisse parallel zu machen und nicht streng nacheinander durchzuführen, denn

die zu einem bestimmten Thema vorhandene Literatur bezieht sich immer auf mehrere ältere Titel. So setzt die nach dem Schneeballsystem vollzogene Literatursuche an möglichst aktuellen Publikationen an und versucht, über die dort verzeichneten Zitate und Bibliografien die wichtigsten älteren Publikationen zum Thema zu finden. Wenn sich beim Lesen und Auswerten zeigt, dass der Anteil der neuen Informationen zunehmend geringer wird, kann die Recherche abgebrochen werden.

3.2.4 Evaluation der Treffermenge

Bibliografischen Informationen (Titel, Abstrakt, Verfasser_in, Jahr/Auflage, Verlag) werden gemeinsam mit zusätzlichen Informationen (Klappentexte, Vorwort/Einleitung, Inhaltsverzeichnis, Besprechungen) für eine erste Bewertung herangezogen.

Wenn man zu wenig Literatur gefunden hat, kann das verschiedene Ursachen haben und es lohnt sich, die folgenden Punkte zu überprüfen:

- Wurden die Schlagwörter richtig verwendet? Oder finden sich im Index noch weitere Begriffe, mit welchen gesucht werden könnte? Mit welchen Schlagwörtern sind die bisherigen Treffer erschlossen? Macht es Sinn, die Wortliste zu erweitern?
- Wurde auf relevante Informationsquellen zurückgegriffen? Macht es Sinn, in anderen Sprachen zu suchen?
- Nutzen Sie das oben beschriebene Schneeballsystem, um Ihre Literaturliste zu erweitern.

Wenn Sie zu viele Treffer gefunden haben:

- Schauen Sie die gefunden Treffer durch: welche sind die inhaltlich verzichtbaren Titel, weil sie nur einen Randbereich des eigentlichen Themas abdecken oder nichts Neues beitragen?

Eine nochmalige Eingrenzung des Themas kann helfen. Bei der Recherche wird dies mit dem AND-Operator umgesetzt.

- Auch qualitative Kriterien spielen bei der Eingrenzung eine Rolle: sind die Autor_innen bekannt? Haben sie zu diesem Thema schon mehrfach veröffentlicht, arbeiten sie beispielsweise an einer Universität oder Fachhochschule? Ist der Aufsatz in einer seriösen Fachzeitschrift erschienen (z. B. in einer peer-reviewed Fachzeitschrift)? Genießt der Verlag eines Buches einen guten Ruf? Und natürlich auch: halten Sie die Argumentation, welche die Publikation verfolgt für stichhaltig?



Merkkasten Peer-Review

Ein oder eine Peer-Review ist ein Verfahren zur Qualitätssicherung einer Arbeit durch unabhängige Gutachter_innen aus dem gleichen Fachgebiet. Peer-Review ist im Wissenschaftsbetrieb von herausragender Bedeutung, um die Eignung eines wissenschaftlichen Textes zur Veröffentlichung zu beurteilen. Dadurch soll die Qualität von wissenschaftlichen Publikationen gewährleistet werden. Viele wissenschaftliche Fachzeitschriften nutzen ein Peer-Review, häufig in Form eines Doppelblindgutachtens.

Der Begriff Doppelblindgutachten bedeutet: Der_die Autor_in erfährt nicht, wer der_die Prüfler_in ist. Der_die Prüfler_in erfährt nicht, wer der_die Autor_in ist. Mit diesem Verfahren soll vermieden werden, dass die Bekanntheit des_der Einreichenden oder eine etwaige Beziehung zwischen dem_der Gutachter_in und dem_der Einreichenden einen Einfluss auf die Bewertung seiner_ihrer Arbeit hat oder der_die Einreichende den_der Gutachter_in beeinflusst, etwa, indem er_sie ihn_sie besticht. Junge Wissenschaftler_innen können durch dieses Verfahren profitieren, weil ihr Beitrag (und nicht ihr Renommee) entscheidet.

3.3.5 Literatur Beschaffen und Bearbeiten

Nachdem Sie über die Suche in Datenbanken eine Treffermenge gefunden/ definiert haben, wird die Literatur aus der Bibliothek, über Fernleihe oder über Zugriff auf Online-Volltexte beschafft.

Auf die Recherche und die Beschaffung folgen als nächste Schritte des wissenschaftlichen Arbeitsprozess die Auswertung und die Verarbeitung der Literatur. In einem ersten Schritt wird entschieden, ob die Literatur zum eigentlichen Thema passt. Wenn diese Einschätzung positiv ausfällt, liest man einen Text vertiefend und verfasst ggf. eine Annotation.

Quelle: Literatur recherchieren und beschaffen. Eine Anleitung für Studierende der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
<https://blog.hslu.ch/bibliothek/files/2009/05/skript-literaturrecherche.pdf>

e-tivity Kapitel 3 – Rechercheauftrag

Die e-tivity besteht aus zwei Teilen.



Teil 1

Erstellen Sie in monoprofessionellen Gruppen eine Liste von für Ihre Berufsgruppe relevanten Literaturdatenbanken. Identifizieren Sie mindestens vier und stellen Sie diese im Etherpad auf die Lernplattform ein.



Teil 2

Führen Sie eine Literaturrecherche zum Thema „interprofessionelle Zusammenarbeit in den Gesundheits- und Pflegeberufen“ durch. Ziel ist es, dreiaussagekräftige und thematisch relevante wissenschaftliche Texte zu identifizieren. Dabei kann es sich um Lehrbucheinträge bzw. Kapitel in Sammelbänden oder Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften handeln.

1. Erstellen Sie eine Wortliste von mindestens 20 relevanten Begriffen.
2. Führen Sie mit Hilfe dieser Liste eine Recherche durch.
3. Identifizieren Sie drei Texte. Sie arbeiten in der nächste Woche mit diesen Texten weiter.



Sowohl die Wortliste aus Schritt 1 als auch die Titel der Texte aus Schritt 3 werden auf der Lernplattform eingestellt.

Woche 4: Bibliografie, Zitier-weisen und Annotationen

Lernziel: Richtig zitieren

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: Die drei Texte aus der letzten Woche korrekt zitieren und zu jedem der Texte eine annotierte Bibliografie erstellen.

4.1 Bibliografie



Merkkasten Bibliografie

Die Bibliografie oder auch Literaturverzeichnis genannt befindet sich immer am Ende einer wissenschaftlichen Arbeit. Darin sind die in dem Text zitierten Autor_innen alphabetisch nach Nachnamen der jeweiligen Autor_innen aufzulisten. Diese Angaben dienen als Beleg für gutes wissenschaftliches Arbeiten. Einerseits werden andere Werke zitiert um den Stand der Forschung abzubilden und um die eigenen Aussagen zu stützen. Das Literaturverzeichnis ermöglicht anderen Wissenschaftler_innen die im Text gemachten Aussagen nachzuvollziehen. Das Literaturverzeichnis wird *nicht* nach Internet- und anderen Quellen aufgeteilt.

4.2 Zitierweisen

Es gibt viele verschiedene Richtlinien (z. B. Chicago, APA u.v.m.) für das Zitieren wissenschaftlicher Texte. Grundsätzlich ist nicht so wichtig, an welche Richtlinien Sie sich halten solange Sie eine Richtlinie durchgängig halten. In der Regel geben Verlage von Zeitschriften und Büchern vor, welche Zitierweise verwendet werden soll. Da die Richtlinie der *American Psychological Association* (APA) in den Naturwissenschaften am häufigsten verwendet wird halten wir uns in

diesem Studiengang auch an die APA Richtlinien.

4.2.1 Verweise im Text

Zwei Möglichkeiten der Wiedergabe von fremdem Gedankengut können unterschieden werden:

Beim wörtlichen Zitat erfolgt die wort- und zeichentreue Übernahme aus anderen Texten, wobei diese mit doppelten Anführungszeichen gekennzeichnet werden müssen. Beim sinngemäßen oder indirekten Zitat (Paraphrasieren) erfolgt eine nicht wortgetreue Übernahme von Gedanken, Argumenten und Beispielen durch Paraphrase, also einer eigenen Formulierung. Die sinngemäßen Zitate stehen nicht in Anführungszeichen. Im APA-Zitierstil muss bei indirekten Zitaten dem Beleg *nicht*, wie in manchen anderen Zitierstilen üblich, ein „vgl.“ vorangestellt werden.

In beiden Fällen müssen allerdings die Quellen angegeben werden. Dies erfolgt durch Nennung des Nachnamens des_der Autor_in und der Angabe des Erscheinungsjahres der Publikation sowie meist der Seitenzahl. Letzteres ist für wörtliche Zitate unabdingbar. Bei sinngemäßen Zitaten kann unterschieden werden, ob der Verweis auf die gesamte Publikation zielt oder eine bestimmte Argumentation bzw. These auf einer bestimmten Seite dieser Publikation zitiert wird. Ist letzteres der Fall, sollte die Seitenzahl angegeben werden.

Beispiele für sinngemäße Zitate:

- Meyer (1977) unterscheidet drei theoretische Modelle für die Bestimmung der Bedeutung von Bildung: ...
- Im Sozialisationsmodell gibt es gemäß Meyer (1977, S. 57) drei Annahmen über die Bedeutung von Bildung: ...
- Die erste Annahme geht davon aus, dass Schulbildung der nachfolgenden Generation die gesellschaftlichen Normen und Werte vermittelt (Meyer, 1977, S. 57).

Beispiel für ein wörtliches Zitat:

- Die erste Gruppe von Theorieansätzen sieht die Hauptaufgabe in der Sozialisation der nachfolgenden Generation: „Schools provide experiences which instill knowledge, skills, attitudes, and values in their students.“ (Meyer, 1997, S. 56)

Bei mehreren Veröffentlichungen eines Autors oder einer Autorin aus demselben Jahr werden die unterschiedlichen Publikationen durch die Buchstaben (a, b, c, etc. nach der Jahreszahl) unterschieden und müssen auch dementsprechend im Literaturverzeichnis gekennzeichnet sein.

Beispiel:

- Wie Steiner-Khamsi (2002b) zeigt,...

Wird im Text auf mehrere Quellen gleichzeitig verwiesen, werden diese durch ein Semikolon getrennt.

Beispiel:

- Der small-N-Vergleich bietet spezifische Erkenntnismöglichkeiten (Ebbinghaus, 2009; Tilly, 1984).

Verweise auf Publikationen von zwei und mehreren Autor_innen sollen folgendermaßen gekennzeichnet werden: Allgemein sollen die Nachnahmen durch ein Komma getrennt werden, wobei die letzten beiden Autor_innen im Fließtext durch „und“ und in Klammern durch „&“ verbunden werden.

Ab sechs Autor_innen wird immer nur der Erstautor bzw. die Erstautorin genannt und die anderen mit et al. abgekürzt, wobei alle Namen im Literaturverzeichnis zu stehen haben.

Bei Publikationen mit drei bis fünf Autor_innen werden diese bei der ersten Nennung im Text zusammen genannt. Bei weiteren Verweisen im Text wird allein der Erstautor genannt und die anderen mit et al.

abgekürzt.

Zwei Autor_innen werden immer genannt.



Achtung: Im APA-Zitierstil sind in anderen Zitierstilen übliche Verweise auf bereits zitierte Werke wie „ebd.“, „op.cit.“, „a.a.O.“ nicht gebräuchlich! Stattdessen werden bereits zitierte Werke wie in Tabelle 2 dargestellt zitiert.

Tabelle 2: Zitierformen nach Anzahl der Autor_innen

Typ der Referenz	Erstes Vorkommen im Text	Folgendes Vorkommen im Text	Klammerform erstes Zitat	Klammerform folgende Zitate
Ein Werk, 1 Autor_in	Meyer (1977)	Meyer (1977)	(Meyer, 1977)	(Meyer, 1977)
Ein Werk, 2 Autor_innen	Meyer and Rowan (1977)	Meyer and Rowan (1977)	(Meyer & Rowan, 1977)	(Meyer & Rowan, 1977)
Ein Werk, 3-5 Autor_innen	Baethge, Solga und Wieck (2007)	Baethge et al. (2007)	(Baethge, Solga & Wieck, 2007)	(Baethge et al., 2007)
Ein Werk, 6 + Autor_innen	Powell et al. (2009)	Powell et al. (2009)	(Powell et al., 2009)	(Powell et al., 2009)

4.2.2 Zitieren in der Bibliografie

Im Folgenden werden die korrekten Zitierweisen wissenschaftlicher Texte in einer Bibliografie bzw. einem Literaturverzeichnis angegeben.

- **Monographien**

Nachname, Initiale[n] Vorname[n] (Erscheinungsjahr). *Vollständiger Titel* (Auflagenangaben). Erscheinungsort: Verlag.

Beispiel Adick, C. (2008). *Vergleichende Erziehungswissenschaft: Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- **Zeitschriftenartikel**

Nachname Autor/Autorin, Initiale[n] Vorname[n] (Erscheinungsjahr).
Vollständiger Titel des Beitrags. *Titel der Zeitschrift*,
Jahrgang(Nummer), Seitenzahlen.

Beispiel Steiner-Khamsi, G. (2010). The politics and economics of comparison. *Comparative Education Review*, 54(3), 323-342.

- **Artikel in Sammelbänden**

Nachname Autor/Autorin, Initiale[n] Vorname[n] (Erscheinungsjahr).
Vollständiger Titel des Kapitels. In Initiale[n] Vorname[n]. Nachname[n]
(Hrsg.), *Titel des Hauptwerkes* (S. xxx-xxx). Erscheinungsort: Verlag.

Beispiel Ridge, N. (2012). In the shadow of global discourses: Gender, education and modernity in the Arabian Peninsula. In G. Steiner-Khamsi & F. Waldow (Hrsg.), *Poliy borrowing and lending in education* (S. 291-308). London: Routledge.

- **Internetquellen**

Nachname Autor/Autorin, Initiale[n] Vorname[n] (Erscheinungsjahr in Klammern). *Vollständiger Titel*. URL [Abrufdatum].

Beispiel Kultusministerkonferenz. (2010). *Überblick: Gesamtstrategie zum Bildungsmonitoring*.
<http://www.kmk.org/bildung-schule/qualitaetssicherung-inschulen/bildungsmonitoring/ueberblick-gesamtstrategie-zum-bildungsmonitoring.html> [04.10.2010].

Quelle: Leitfaden für Wissenschaftliche Hausarbeiten an der Abteilung Vergleichende und Internationale Erziehungswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin

- **Gesetzestexte und Paragraphen**

Kurztitel des Gesetzes, Erscheinungsjahr (Kürzel der zuständigen Behörde) Abschnitt oder Paragraph (Land).

Beispiel Anti-Discrimination Act 1991 (Qld) s. 15.4 (Austl.)

- **Graue Literatur und Handgeschriebene Notizen**

Nachname Autor/Autorin, Initiale[n] Vorname[n] (Erscheinungsjahr).
Vollständiger Titel des Kapitels. Unveröffentlichtes Manuskript, Hinweis auf die Organisation.

oder

Nachname Autor/Autorin, Initiale[n] Vorname[n] (Erscheinungsjahr).
Vollständiger Titel des Kapitels. Heruntergeladen am [Datum] von
Webseite [www...].

Weiterführende Literatur



American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6. Aufl.). Washington, D.C.: American Psychological Association. In diesem Handbuch sind alle erdenklichen Publikationsformen und ihre korrekte Zitierweise gelistet.

4.3 Annotationen

Eine annotierte Bibliografie ist eine ausführliche Bibliografie, die zu jeder Literaturquelle (jedem Zeitschriftenartikel, Buch, Buchkapitel) eine kurze Beschreibung enthält, die sogenannten **Annotationen**. Eine Annotation ist mehr als nur ein Exzerpt (Ein Exzerpt ist ein Auszug aus einem Text oder eine kurze Zusammenstellung der für die Beantwortung einer (oder mehrerer) Fragestellungen wichtigsten Gedanken eines gegebenen Textes). Annotationen dagegen sind erläuternde Zusammenfassungen der wesentlichen sachlichen Inhalte von Quellen. Darüber hinaus sollten die Annotationen auch eine persönliche Bewertung bzw. Einordnung enthalten. Interessant sind in diesem Zusammenhang u.a. folgende Fragestellungen: Für welche Zielgruppe ist der Text gedacht, welche Intention hat er (z.B. handbuchartige Zusammenfassung, Studie zu einem speziellen Aspekt

etc.)? Welche Methoden werden verwendet? Welche Annahmen werden aufgestellt? Welche Schlussfolgerungen werden gezogen? Im Folgenden finden Sie ein Beispiel für eine gelungene Annotation. Abbildung 2 zeigt ein Beispiel einer Annotation.

Beispiel zum Thema „Bestandserhaltung in Bibliotheken“:

Beispiel für Zitierweise

Weber, H. (1992). Bestandserhaltung als Fach- und Führungsaufgabe. In H. Weber (Hrsg.), *Bestandserhaltung in Archiven und Bibliotheken* (S. 135-155). Stuttgart: Kohlhammer.

Beispiel für Annotation

Dieser Aufsatz betont die Bedeutung der Bestandserhaltung als Fach- und Führungsaufgabe. Bestandserhaltung ist nichts, das man nur nebenbei macht oder das ausschließlich in Werkstätten stattfindet. Zwar ist diese Erkenntnis heute, sechzehn Jahre nach Entstehen dieses Aufsatzes, bereits bei vielen Bibliotheken angekommen, doch es existieren immer noch falsche Vorstellungen. In diesem Sinne ist dieser Aufsatz auch heute noch aktuell. Weber beschreibt die Bestandserhaltung als ein Bündel von Maßnahmen, die koordiniert und abgestimmt werden. Die sich daraus ergebende Komplexität hat zur Folge, dass die Bestandserhaltung eine eigene Fachaufgabe für sich ist, wie beispielsweise die Erwerbung oder Erschließung; sie benötigt eine klare, zielgerichtete Führung, ist also auch Führungsaufgabe. Weber betont außerdem die Bedeutung eines Bestands-erhaltungskonzepts, abgestimmt auf die jeweilige Bibliothek. Es wird auch hervorgehoben, dass Bestandserhaltung nicht nur eine Technik ist, sondern sich auch in Einstellung und Verhalten niederschlagen muss.

Abbildung 2: Beispiel einer Zitation und Annotation

Bitte beachten Sie, dass es sich bei Annotationen um eine selbständig erbrachte Leistung handelt. D.h. Zusammenfassungen müssen von Ihnen selbst geschrieben werden und dürfen nicht aus anderen Quellen (z.B. Amazon) kopiert werden. Ein solches Abschreiben gilt als Plagiat

und demnach als unwissenschaftlich.



Merkkasten Plagiat

Als Plagiat bezeichnet man geistigen Diebstahl, das heißt die Übernahme fremder Gedanken in den eigenen Text, ohne sie als solche zu kennzeichnen. Man schmückt sich sozusagen mit fremden Federn, was dem Ehrenkodex der Wissenschaft widerspricht, denn Zitieren ist nicht verboten, im Gegenteil. Der Urheber muss aber immer genannt werden. Das Plagiat kann verschiedene Formen annehmen, nicht nur direktes Abschreiben ist ein Plagiat, sondern auch eine nicht gekennzeichnete Übersetzung oder die Übernahme einer fremden Idee ohne Literaturangabe.

Plagiate können durchaus entlarvt werden, dafür gibt es spezielle Software. Wird ein Plagiat aufgedeckt, hat dies schwerwiegende Konsequenzen, vom Nichtbestehen der Arbeit über die Exmatrikulation bis hin zur Aberkennung eines Titels. Urheberrechtsverletzung und Betrug sind Straftatbestände, die auch dementsprechend geahndet werden können. Daher sollte man sich mit den Konventionen des Zitierens vertraut machen, um die Grauzonen zu kennen und Plagiate in jeder Form zu vermeiden.

Quelle: bachelorprint.de



Auf der Webseite bachelorprint.de, in den [ASH Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis](#) und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten an der ASH Berlin sowie dem [Memorandum zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgesellschaft \(DFG\)](#) finden Sie Erklärungen und weiter Hinweise zu diesen Thema.





e-tivity Kapitel 4: Zitieren und Annotation

1. Stellen Sie die von Ihnen in der letzten Woche recherchierten Texte in der APA-Zitierweise dar.
2. Verfassen Sie für zwei der drei von Ihnen recherchierten Texte eine annotierte Bibliografie. Beginnen Sie dafür zunächst mit den in Woche 3 vorgestellten W-Fragen. Entwickeln Sie daraus eine Zusammenfassung.
3. Vergessen Sie nicht, der Beschreibung der Kernaussagen des Textes Ihre eigenen (kritischen) Bewertungen hinzuzufügen.
4. Lesen und kommentieren Sie bis mindestens vier Annotationen Ihrer Kommiliton_innen (zwei mono- und zwei interprofessionell).



Woche 5: Wissenschaftliches Wissen und Alltagswissen

Lernziel: Zusammenhänge und Unterscheidung zwischen Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen

Material: Studienbegleitheft und Text von Matthias Adam

e-tivity: Die drei Texte aus der letzten Woche korrekt zitieren und zu jedem Text eine annotierte Bibliografie erstellen.

5.1 Alltagswissen



Alltagswissen bzw. Alltagsverständnis bezieht sich auf die Arten von Wissen, welche wir tagtäglich im Leben anwenden, erweitern und modifizieren. Alltagswissen entsteht unmittelbar durch die Lebensbetätigungen des Alltags und dient zur Bewältigung zahlreicher Alltagsereignisse. Somit ist das Alltagswissen zugleich Resultat und Voraussetzung für die täglichen Ereignisabläufe. Dieses Wissen bleibt aber weitgehend diffus und besteht nicht so sehr aus reflektierten Wissensbeständen. Es basiert vielmehr auf unbewusstem und unreflektiertem Routinewissen (z. B. Radfahren). Sie befassen sich nicht jedes Mal mit Masse- und Bewegungsgesetzen oder damit wie ein Zahnradmechanismus funktioniert, wenn Sie sich auf ein Fahrrad setzen. Dennoch wurde und wird Alltagswissen von den Mitgliedern einer Gesellschaft weitgehend als selbstverständlicher und sicherer Wissensvorrat verstanden. Vieles von diesem Wissen wird über stetes Üben einerseits und Sozialisierung im Kindheits- und Jugendalter andererseits erworben. In der jüngeren Vergangenheit wird auch das Konzept des lebenslangen Lernens immer stärker betont. Menschen lernen demnach ihr ganzes Leben bis hinein ins hohe Alter. Sie sollen dadurch die Fähigkeit erwerben, dynamisch auf sich verändernde Umstände reagieren zu können.

5.2 Wissenschaftliches Wissen

Unser Wissen von der Welt geht generell auf Forschung zurück. Forschen ist eine urmenschliche Tätigkeit, die nicht erst von Wissenschaftler_innen erfunden wurde. Forschung ist auf **Erkenntnisgewinn** aus. Bereits als Kleinkinder erforschen wir die Welt und legen uns nach und nach aufgrund unserer **Erfahrungen** unsere *Vorstellungen* und *Beschreibung* von der Welt zurecht. Alltagsmenschen wie Wissenschaftler_innen sind Forscher_innen, Empiriker_innen, die ihr *Erfahrungswissen* in der Welt sammeln und zu **Theorien** zusammenfügen. Nur stellen Wissenschaftler_innen andere Ansprüche an ihr gesammeltes Wissen als Alltagsmensch dies tun.

Alltagsmenschen sammeln und sortieren wie Wissenschaftler_innen Wissen, theoretisieren es und ziehen es zur Erklärung und Prognose von Ereignissen heran. Im Alltag dient das verfügbare Wissen vor allem der Lösung praktischer Handlungsprobleme, während die Wissenschaft ihr Wissen nicht unbedingt mit diesem Anspruch befrachtet. Das Alltagswissen legt andere, weniger anspruchsvolle Gütekriterien ans eigene Wissen an als das wissenschaftliche Wissen. Letzteres legt großen Wert auf Kriterien wie Zuverlässigkeit, intersubjektive Überprüfbarkeit, Gültigkeit, Objektivität, methodische Kontrolle, systematische Erhebung, Präzision der Sprache, Reflexion aller Erkenntnisse, Lernbereitschaft sowie Dokumentation aller Erkenntnisschritte, um nur einige Gütekriterien zu nennen. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten von Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen.

Tabelle 3: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen (Bieker, 2011, S. 50 in Bardmann, 2015)

Gemeinsamkeiten Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen

- Beobachtungen und Erfahrungen dienen als Grundlage des

Wissens.

- Erfahrungen werden geordnet; neue Erfahrungen werden mit vorhandenen Erfahrungen abgeglichen.
- Aus Beobachtungen entstehen Theorien im Sinne verallgemeinerbarer Annahmen über die Wirklichkeit.
- Wissen wird zur Erklärung von Beobachtungen, zur Vorhersage von Ereignissen und als Handlungsgrundlage verwendet.
- Wissen kann richtig oder falsch sein.
- Wissen kann mehr oder weniger nützlich sein.

Unterschiede zwischen Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen

Alltagswissen	Wissenschaftliches Wissen
Persönliche Erfahrungen, subjektives Erleben, Intuition, Hören-Sagen und Überlieferungen als Erkenntnisgrundlage	Einsatz fachlich legitimerter, in ihrer Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Objektivität geprüfter Erkenntnismethoden (z. B. Beobachtungen, Befragungen, Experimente, Inhaltsanalysen) und Prüfverfahren (z. B. statistische Prüfverfahren)
Zufallscharakter von Beobachtungen	Systematische Erforschung eines Gegenstandes
Selektive Beobachtung auf der Grundlage eigener Vorerfahrungen, Meinungen, Befindlichkeiten, Wunschvorstellungen, Gruppendruck	Objektive, d. h. von der Person des_der Wissenschaftler_in unabhängige Erkenntnis
Bedeutungsoffenheit der Begriffe	Präzision aller relevanten Begriffe,

(Umgangssprache)	Klarheit und Tauglichkeit der Indikatoren für theoretische Begriffe wie z. B. "häusliche Gewalt"
Willkürliche Auswahl der Beobachtungs-objekte (z. B. Menschen im eigenen Umfeld)	Reflektierte Auswahl der Beobachtungs-objekte (z. B. Zufallsauswahl aus allen Merkmalsträger_innen einer definierten Grundgesamtheit)
Ungeklärte Reichweite persönlicher Theorien	Angaben was eine Theorie erklärt und was nicht, Beachtung von Regeln für die Repräsentativität (Verallgemeinerbarkeit) von empirischen Befunden
Neigung zur Stabilisierung vorhandenen Wissens	Offenheit gegenüber neuer Erkenntnis, wiederholt kritische Überprüfung
Mangelnde Nachprüfbarkeit der gewonnen Erkenntnisse, Erkenntnis-gewinn bleibt unreflektiert	Anspruch an intersubjektive Prüfbarkeit von Erkenntnissen und Erkenntniswegen, Dokumentation von Erkenntnisschritten
Wissen dient der konkreten Situations-bewältigung	Trennung von angewandter Forschung und Grundlagenforschung (siehe oben)
Unterstellung von gesicherter Erkenntnis	Beschränkung des Wahrheitsanspruchs

Quelle: Bardmann, T. M. (2015) Die Kunst des Unterscheidens. Eine Einführung ins wissenschaftliche Denken und Arbeiten für soziale Berufe. Frankfurt: Springer Verlag.

5.3 Kriterien für Wissenschaftlichkeit

Wissenschaftlichkeit bedeutet im Wesentlichen, dass sich Ihre Arbeit a) durch eine eigene Denkleistung auszeichnet, b) zu begründeten Ergebnissen führt und c) inhaltlich auf bereits vorliegende Forschungsergebnisse rekurriert. Dreh- und Angelpunkt wissenschaftlichen Arbeitens ist es, (kritische) Fragen zu stellen. Hiervon ausgehend sollte man systematisch den eigenen Kenntnisstand bezüglich der Fragestellung ausbauen, die neu gewonnen Erkenntnisse inhaltlich nachvollziehen und dennoch kritisch reflektieren. Wissenschaftlich arbeiten heißt, eine Balance zwischen dem Nach-Denken, also dem Sammeln und Aufarbeiten, und dem Selbst-Denken zu finden. Eine Balance welche naturgemäß im Verlauf eines Studiums stetig neu austariert wird.

Welche Standards gilt es zu beachten?

- **Strukturiertes Vorgehen:** Der innere Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit folgt einem stringent-systematischen Schema und beinhaltet ein methodisch abgesichertes Vorgehen zur Behandlung von Problemstellungen.
- **Allgemeingültigkeit:** Für die wissenschaftliche Korrektheit sind drei Aspekte wichtig: Objektivität, Reliabilität und Validität.
 - **Objektivität:** Sind die Ergebnisse unabhängig von dem_der Forscher_in zustande gekommen? D. h. auch eine weitere Person würde bei gleicher Ausgangslage zu gleichen (oder ähnlichen) Ergebnissen kommen.
 - **Reliabilität:** das ausgewählte Messinstrument ist zuverlässig und gültig. Es erlaubt allgemeingültige Aussagen.
 - **Validität:** das Untersuchungsdesign ist geeignet, um die Forschungsfrage zu untersuchen.

- **Fundierung:** Die Argumentation und ihre Ergebnisse sollten in einer angemessenen Breite und Tiefenschärfe abgehandelt werden.
- **Schreibstil:** Der wissenschaftliche Schreibstil ist prägnant, sachlich und zielführend. Die Verwendung fachspezifischer termini technici ist unerlässlich, aber sollte – entgegen der landläufigen Meinung – zu einer Erhellung und nicht zur Verwirrung und Verkomplizierung des dargestellten Sachverhalts beitragen.
- **Begrifflichkeit:** Schlüsselbegriffe sollten definiert werden. Dies ist insofern von Relevanz als dass sich durch eine Begriffsentscheidung häufig auch bezüglich einer wissenschaftlichen Denkrichtung positioniert.
- **Arbeitstechniken:** Wissenschaftliche Arbeitstechniken sind Handwerkszeuge. Die Beherrschung formaler Standards, wie Zitation, Quellenverzeichnis, korrekte Gliederung und dergleichen, ist elementar.



Weiterführende Literatur

Franck, N., & Stary, J. (2003). *Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens*. Schöningh.

Wintzer, J. (2016). Was ist „gute“ Forschung? In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 3-10). Springer Berlin Heidelberg.



e-tivity Kapitel 5: Wissenschaft im Alltag

Lesen Sie den Text von Adam und beantworten Sie nachstehende Fragen:



Adam, M. (2001). Wissenschaft im Alltag: Sind Alltagswahrnehmungen theoriebeladen? In H. Franz, W. Kogge, T. Möller & T. Willholt (Hrsg.).

Wissensgesellschaft. Transformationen im Verhältnis von Wissenschaft und Alltag. Tagung vom 13.-14. Juli 2000 an der Universität Bielefeld. IWT-Papier 25. Bielefeld 2015.

1. Erklären Sie den Begriff “Theoriebeladenheit.”
2. Beschreiben Sie die Bedeutung empirischer Beobachtungen.
3. Stellen Sie in drei Sätzen den von dem Autor beschriebenen Zusammenhang von Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen dar.
4. Posten Sie Ihre Antworten im Forum.
5. Lesen Sie die Einträge Ihrer Kommiliton_innen und identifizieren Sie einen Eintrag, der Sie (eher) überrascht hat. Begründen Sie Ihre Entscheidung in Kommentarfom unter dem Beitrag der_des Kommiliton_in.



Woche 6: Weltsichten & Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Lernziel: Grundlagenverständnis von Wissenschaftstheorie und wie Theorien von verschiedenen Weltsichten geprägt werden

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: 2-3 Minuten Pod-/Vodcast zu ausgewählten Intellektuellen

6.1 Weltsichten

Forschung ist ein Prozess der Wahrheitssuche. Er basiert auf einer explizit gemachten Weltsicht. Weltsichten sind sozial-historische Konstrukte. Sie werden durch Sozialisierungs- und Bildungsprozesse erworben und durch gesellschaftliche Akzeptanz legitimiert. In der Forschung beeinflussen sie Theorien und Methoden.

6.2.1 Ontologie und Epistemologie

In diesem Video wird der grundlegende Zusammenhang zwischen Weltsichten, Theorie und Forschungsmethoden erklärt.

Aghamanoukjan, A. (2014). [Einführung in die qualitative Forschung – Eine Forschungsreise](#). (Dauer: 6:03 min)



Es wird zwischen der **Ontologie** als einem Verständnis vom Wesen der Welt und der **Epistemologie** als der Erkenntnistheorie unterschieden.

Als Individuen und Mitglieder einer Gesellschaft oder von Gesellschaftsgruppen (z. B. Geschlecht, kultureller Hintergrund, Ingenieure oder Handwerker), geprägt davon wo (z. B. Stadt oder Land, Gebirge oder am Meer, in Deutschland oder Tschechien, Europa oder Latein-

amerika), wann (z. B. 21. Jahrhundert oder Mitte der 1960er Jahre) und unter welchen Umständen (z. B. mit mehr oder weniger finanzieller Absicherung) wir leben und welche Erfahrungen wir gemacht haben (einschließlich Bildungs- und Sozialisierungserfahrungen), verfügen wir über eine bestimmte Vorstellung darüber wie die Welt funktioniert, wie gesellschaftliches Zusammenleben organisiert ist (oder sein sollte) und welche Werte wir vertreten. Wir haben eine Idee davon, was Wahrheit ist. - **Ontologie**

Wahrheitsüberzeugungen prägen unser Denken und Handeln Sie liefern das Grundverständnis darüber was Erkenntnis ist und legen den Standpunkt für die Forschung fest - **Epistemologie**

Im Video werden der ‚social-constructivist‘ und der ‚social-fact‘ Ansatz voneinander unterschieden. Wir unterscheiden hier zwischen dem **positivistischen** („social-fact“) und dem **konstruktivistischen** („social-constructivist“) Ansatz und ergänzen den **subjektivistischen** als einen dritten Ansatz.

Um sich die verschiedenen Ansätze zu vergegenwärtigen, stellen Sie sich folgendes vor:

In einem Wald steht ein Baum. Der Wald ist menschenleer. Der Baum fällt um. Aber niemand ist da, der den Baum fallen sieht. Macht das Fallen des Baumes ein Geräusch?

6.2.2 Positivistischer Ansatz

Ja, der Baum existiert. Er macht beim Fallen ein Geräusch.

Gemäß dem positivistischen Ansatz ist die Welt **real**. Die Dinge existieren unabhängig von uns und es gibt eine große (universelle) Wahrheit, die gemessen und erklärt werden kann.

Für die Forschung bedeutet das, dass wir die Welt und ihre Phänomene beobachten und beschreiben können. Es geht lediglich darum, die Forschungsmethoden und Erhebungsinstrumente so zu verfeinern, dass sie die Welt möglichst genau beschreiben.

6.2.3 Konstruktivistischer Ansatz

Ja, das Fallen des Baumes macht ein Geräusch. Das Geräusch muss allerdings interpretiert werden. Dem Geräusch muss ein Sinn gegeben werden. Beispielsweise denken wir an Feuerholz. Oder ein Ornithologe (ein Vogelkundler) denkt vielleicht an den Verlust von Lebensraum bestimmter Vogelarten. Ein Waldarbeiter wird an das Sicherheitsrisiko erinnert, welches beim Fällen von Bäumen entstehen kann. Umweltaktivist_innen denken vielleicht an die globale Erwärmung.

Gemäß dem konstruktivistischen Ansatz ist die Welt **relational**. Subjekte und Objekte existieren nur in Beziehung zueinander. Sie werden aus einer bestimmten Perspektive heraus wahrgenommen. Es gibt nicht die eine große Wahrheit sondern viele kleine Wahrheiten. Interpretationen sind positioniert. Sie werden entlang verschiedener und sich überschneidenden Differenzachsen konstruiert.

Durch Forschung können die Dinge zwar beobachtet und beschrieben werden, aber nicht ohne ihnen eine Bedeutung zuzuschreiben. Als Forscher_innen beschreiben und erklären wir Phänomene in Bezug auf ihren Kontext. Forschungsmethoden müssen kontextualisierende, kulturtheoretische Beschreibungen erlauben und die Abbildung von Differenzlinien ermöglichen.

6.2.4 Subjektivistischer Ansatz

Nein, der Baum existiert nicht, weil ihn keiner sieht. Er macht demnach beim Fallen auch kein Geräusch.

Gemäß dem subjektivistischen Ansatz existiert die Welt außerhalb unserer subjektiven Wahrnehmung nicht. Es gibt keine Wirklichkeit. Für die Forschung bedeutet dies, dass es keine Wahrheit gibt. Es gibt keine Objektivität (oder real existierende Dinge). Es gibt auch keine Forschung oder Daten. Kategorien und Konzepte haben keinen Ursprung und keine Bedeutung von sich aus, sondern werden diskursiv mit Inhalten gefüllt. Als Forscher_innen dekonstruieren wir was als Wahrheit/Wirklichkeit empfunden wird bzw. welche wirkmächtige „Arbeit“ durch bestimmte Konzepte und Kategorien geleistet wird.

Die drei Ansätze entsprechen einer idealtypischen Auflistung, sprich Forschung lässt sich nicht immer genau und ausschließlich in eine dieser Kategorien einordnen. Oftmals vermischen sich die Ansätze. Dennoch lassen sich verschiedenen Wissenschaftsbereiche grob den Ansätzen zuordnen.

- Naturwissenschaftliche Forschung lässt sich hauptsächlich unter positivistischen („social-fact“) Ansätzen zusammenfassen.
- Sozialwissenschaftliche Forschung folgen oft einer konstruktivistischen („social-constructivist“) Logik.
- Subjektivistische Logiken sind vor allem in den Geistes-, Kultur- und Geschichtswissenschaften vertreten.

Es kommt allerdings nicht selten vor, dass Fachrichtungen auf Weltansichten aus anderen Wissenschaftsbereichen zurückgreifen. Auch in der Gesundheits- und Pflegeforschung sind die unterschiedlichsten Weltansichten vertreten. Sie wählt die verschiedensten disziplinären Zugänge, unter anderem medizinisch- und naturwissenschaftliche, wirtschafts- und politikwissenschaftliche sowie soziologische,

philosophische und kulturtheoretische Ansätze. Dies spiegelt sich auch in der Vielfalt der Fragestellungen wieder. Hier einige Beispiele:

- Tiere als Therapie - Mythos oder Wahrheit? Zur Phänomenologie einer heilenden Beziehung mit dem Schwerpunkt Mensch und Pferd - philosophisch-sozialwissenschaftlicher Ansatz
- Das Personengebundene Budget (PGB) in der Pflege – Eine Governance Analyse - politikwissenschaftlicher Ansatz
- Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel der „Multimorbidität“ - medizinisch-naturwissenschaftlicher Ansatz
- *Hybride Sterberäume in der reflexiven Moderne* - geschichtswissenschaftlich-subjektivistischer Ansatz
- Migrations-bedingt behindert? Familien im Hilfesystem. Ein intersektionaler Ansatz - kulturtheoretischer Ansatz
- Gesundheit als Wirtschaftsfaktor. Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreform und ihre Lösungsansätze - wirtschaftswissenschaftlicher Ansatz

6.2 Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Abbildung 3 zeigt den Verlauf eines Forschungsvorhabens. Eine ausführliche Darstellung des Forschungsverlaufs finden Sie in Rübken (2016).

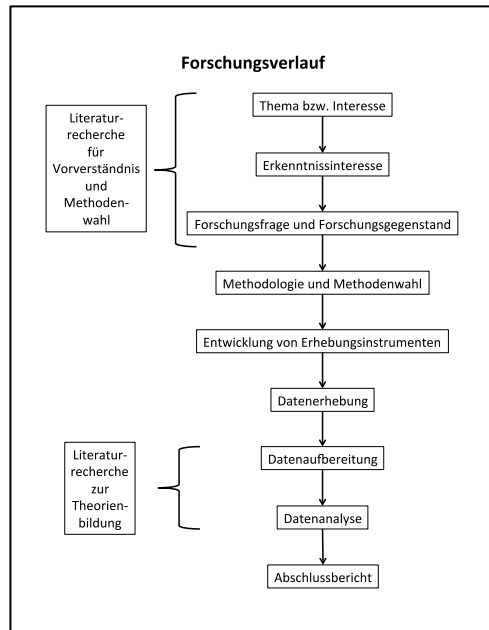


Abbildung 3: Forschungsverlauf



In einem solchen Forschungsprozess stehen Epistemologie, Methodologie und Methode in einem engen Zusammenhang so wie in Abbildung 4 dargestellt (Carter und Little 2007).

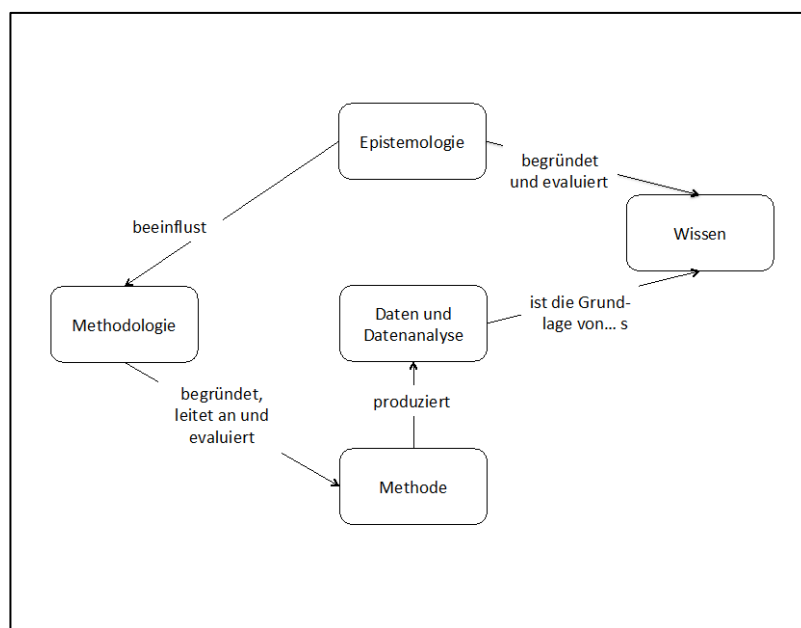


Abbildung 4: Epistemologie, Methodologie und Methode

Epistemologie ist die Lehre des Wissens. Es sind meist Philosophen, die die Komponenten, Quellen und Grenzen sowie die Legitimation von Wissen studieren. Die Forschungspraxis wird durch Epistemologie(n) beeinflusst, aber nicht allein dadurch bestimmt.

Methodologie ist die Lehre von den wissenschaftlichen Methoden. Sie beschreibt, erklärt und legitimiert die Anwendung bestimmter Methoden. Sie beleuchtet zwar die Voraussetzungen und Konsequenzen von Methoden, aber nicht die Methode selbst. Die folgenden Methodologien werden in qualitativen Forschungsvorhaben häufig angeführt, um die Verwendung konkreter Methoden zu rechtfertigen:

- Grounded Theory Ansätze
- Narrative, lebensgeschichtliche und biographische Ansätze
- Ethnographische Ansätze
- Partizipative und ‚action research‘ Ansätze
- Phänomenologische Ansätze
- Fallstudien

Ähnlich wie bei der Auflistung der Weltansichten im vorherigen Abschnitt, entspricht auch diese Auflistung qualitativer Methodologien eher einer idealtypischen Darstellung. Dennoch bieten sie Forscher_innen einen Orientierungsrahmen und mögliche Strategie zur Formulierung, Beschreibung und Evaluation von Methoden.

Methode ist Forschung in Aktion. Methoden sind die praktischen Aktivitäten des Forschens: Festlegen von Stichproben, Datenerhebung, Datenmanagement und Datenauswertung. Hier nur eine Auflistung weitverbreiteter Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung. Wir gehen auf diese Methoden später im Detail ein.

- Beobachtung
- Interviews und Gruppendiskussion
- Texte und Dokumente
- Bilder und Videos
- Quasi-Experimente
- Randomized Control Trials (RCT)

Epistemologie, Methodologie und Methode bilden in Forschungsprozessen eine Einheit. Epistemologien beeinflussen Forschung vornehmlich auf theoretischer Ebene. Sie sind unausweichlich. Egal ob implizit oder explizit, jeder Forschung liegt eine Theorie des Wissens also eine Idee von Wahrheit, über das Wesen der Welt und wie dieses durch Messen, Beobachten und Auswerten erklärt werden kann zu Grunde.

5.3.4 Normativität und Selbstreflektion

Generell könne und sollen Sie sich bei der Suche nach einer spannenden Forschungsfrage durchaus von Ihrer Neugier und Ihren Alltagserfahrungen leiten lassen. Das soll aber nicht heißen, dass die damit verbundenen Weltansichten und Wertevorstellungen Ihre Forschungsfrage und daran anschließende Datenauswertung unreflektiert beeinflussen sollten. Im Verlauf des Forschungsprozess sollten normative Setzungen (z. B. Gerechtigkeitsüberzeugungen) stets kritisch reflektiert werden, sonst läuft die Forschung Gefahr, sich lediglich selbst zu reproduzieren.

5.3.5 Repräsentation

Foucault hat geschrieben: „Wissen dient nicht dem Verstehen sondern dem Zerschneiden“ (Foucault, 1971, *Nietzsche, die Genealogie, die Historie*, S. 180). Mit dem was Wissenschaftler_innen sagen und tun öffnen oder schließen sie Zwischenräume. Sie nehmen teil an der Erschaffung, Verschiebung und Verwerfung von Spannungsfeldern und somit auch an der Konstituierung von Macht- und Herrschaftsverhältnissen. Ihre Waffen sind Methoden, Konzepte und Theorien, die sie anwenden auf das, was sie beobachten, lesen und hören während sie emsig Daten sammeln.

Wer forscht hat Verantwortung! Daher muss Forschung umsichtig geschehen, immer in dem Bewusstsein der Verantwortung und der ethisch-moralischen Implikationen, obwohl sie sich scheinbar „nur“ auf der theoretischen Ebene abspielen. Es muss unter der Berücksichtigung der machtvollen Positioniertheiten geschehen derjenigen, die qua Profession das Recht beanspruchen und die Möglichkeit haben, Menschen und deren Schicksale durch Forschung und Text zu repräsentieren — **Repräsentation** muss hier in dem doppelten Sinne einer *Vertretung* (für jemanden sprechen) und einer *Darstellung* (jemanden literarisch-künstlerisch nachzeichnen) verstanden werden (Spivak 1990, 1993). Kurz gesagt, diejenigen die forschen und schreiben und deshalb für und über andere sprechen, sind dafür verantwortlich schlecht informierte Essentialismen, welcher Form auch immer, zu vermeiden, insbesondere solche, die im Namen von Entwicklung und Fortschritt vollzogen werden.

6.3 Verifikation und Falsifikation

Verifikation bedeutet die Bestätigung einer Hypothese oder einer Theorie.

Eine Verifikation von allgemeingültigen Aussagen ist nur durch die Untersuchung der Gesamtpopulation möglich. Anhand von



Stichprobendaten getroffene Schlussfolgerungen sind logisch nicht zulässig. Es besteht die Gefahr eines Induktionsschlusses (siehe Induktion). Das heißt, dass von einer begrenzten Anzahl bestätigter Einzelergebnisse auf die Allgemeingültigkeit der Hypothese oder Theorie geschlussfolgert wird. Es gibt aber theoretisch unendlich viele mögliche Stichproben, welche die vorliegenden Ergebnisse widerlegen könnten. Ein hypothesenkonformes Ergebnis ist also nur ein Anlass, die Hypothese bis zum Auftauchen gegenteiliger Befunde vorläufig beizubehalten.

In der Empirie sind die Problem- und Fragestellungen unendlich vielfältig, die Stichproben, die untersucht werden können und die Zahl der Untersuchungen hingegen sind endlich. Daher kann der Gegenstandsbereich einer Theorie nie vollständig untersucht werden. Aufgrund dessen können psychologische Theorien nie mit vollständiger Sicherheit bewiesen werden. In der Wissenschaftstheorie sprechen wir daher vom Grad der Bewährung einer Theorie. Durch viele verschiedene empirische Untersuchungen können wissenschaftliche Hypothesen und Theorien also vorläufig bestätigt oder gegebenenfalls widerlegt werden. Die Widerlegung einer Hypothese bezeichnet man als Falsifikation. Das Ziel wissenschaftlichen Arbeitens ist es, Theorien auf den Grad ihrer Bewährung hin zu überprüfen. Die Wissenschaft richtet sich also nach dem Falsifikationsprinzip und nicht nach dem Verifikationsprinzip.

Beispiel In einer Untersuchung wird folgende Hypothese bearbeitet: Eine kognitiv-behaviorale Psychotherapie führt zu einer Verbesserung der Angstsymptomatik. Hierfür wird eine deutschlandweite Zufallsstichprobe von 400 Personen mit der Diagnose „Panikstörung“ rekrutiert und in einem Zwei-Gruppen-Randomisierungsplan untersucht. Im Ergebnis zeigt sich eine signifikante Verbesserung der Angstsymptomatik. In drei weiteren Studien mit anderen Stichproben zeigen sich ebenfalls signifikante Ergebnisse. Die Hypothese wird vorläufig bestätigt.

Falsifikation bedeutet die Widerlegung einer Hypothese oder einer Theorie.



Wissenschaftliche Hypothesen, die als deterministische Allsätze formuliert sind, können durch die Untersuchung einer Stichprobe überprüft und im Fall ihrer Ungültigkeit abgelehnt werden. Wenn die postulierten Zusammenhänge, Unterschiede oder Effekte also nicht in der Stichprobe gefunden werden, darf man für diesen Fall schlussfolgern, dass auch in der Population solche Zusammenhänge, Unterschiede oder Effekte nicht zutreffen. Man muss dennoch die interne Validität der Untersuchung berücksichtigen. Sind die Ergebnisse der Stichprobenuntersuchung verzerrt, so darf man sie weder zur Bestätigung noch zur Falsifikation einer Hypothese oder Theorie verwenden. Es lassen sich also nur deterministische Allsätze in intern validen Untersuchungen empirisch falsifizieren. Im Falle von probabilistischen Hypothesen müssen explizite Falsifikationskriterien angenommen werden, um diese zu falsifizieren.

Das Prinzip stammt aus der Wissenschaftstheorie von Karl Popper und dem so genannten kritischen Realismus und besagt, dass der Wissenschaftler streng gegen sich selbst sein soll. So ist der „wissenschaftliche Fortschritt nur durch systematische Eliminierung falscher Theorien mittels empirischer Falsifikation möglich.“ (Bortz & Döring, 2005, S.22) Aus diesem Grundsatz und der endlichen Anzahl von Studien ergibt sich die Regel, dass Hypothesen und Theorien niemals mit vollkommener Sicherheit bewiesen werden können. Aus Kostengründen und pragmatischen Gründen werden stets nur Stichproben untersucht und ebenso nur eine bestimmte Anzahl von Untersuchungen erbracht, sodass der Gegenstandsbereich der Theorie nie vollständig untersucht werden kann. Aufgrund dessen sprechen wir in der Wissenschaftstheorie vom Grad der Bewährung einer Theorie. Durch einzelne empirische Untersuchungen können wissenschaftliche Hypothesen und Theorien nur vorläufig bestätigt oder eben widerlegt werden. Die Bestätigung einer Hypothese bezeichnet man als Verifikation.

Beispiel Folgende Hypothese wird in einer wissenschaftlichen Studie überprüft: Kaugummikauen beeinflusst die Konzentrationsleistung positiv. Hierfür wird eine Stichprobe von 100 Schülern in einem Zwei-Gruppen-Randomisierungsplan untersucht. Im Ergebnis zeigen sich

keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe. Die Hypothese wurde falsifiziert.

Merkkasten Randomisierung

Randomisierung (Wortherkunft über randomisieren aus englisch randomize, zu random für „wahlos, ziellos, zufällig, willkürlich“) ist ein Verfahren, bei dem die Versuchspersonen (zum Beispiel teilnehmende Patient_innen) unter Verwendung eines Zufallsmechanismus unterschiedlichen Gruppen zugeordnet werden.

Abbildung 5 zeigt eine von Heinke Röbbken (2016) entwickelte schematische Darstellung des Vorgangs der Falsifikation.

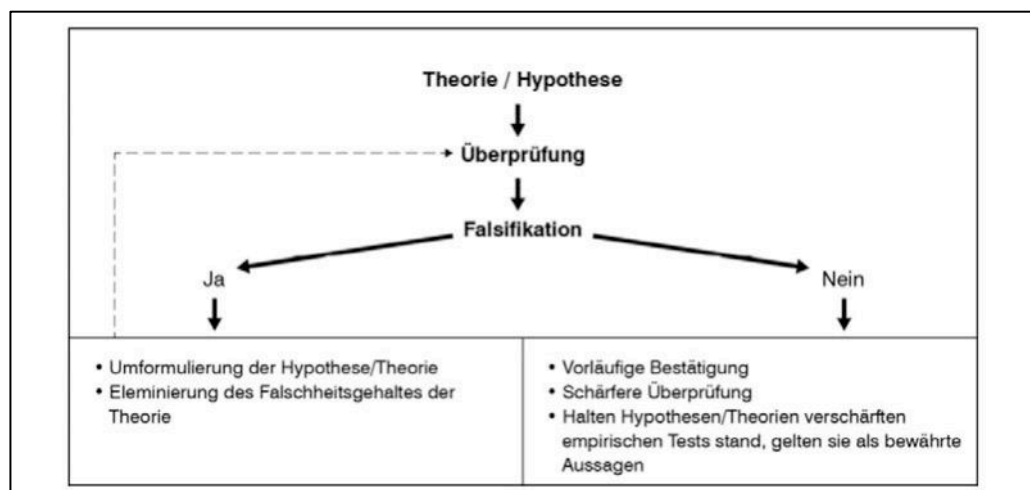


Abbildung 5: Schematische Darstellung von Falsifikation (Quelle: Röbbken 2016)

Weiterführende Literatur

Gäckle, K. (2016). Forschen mit Reflexion. In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 19-26). Springer Spektrum, Berlin, Heidelberg.

Posselt, S. (2016). Proteste am Zuckerhut. In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 199-205). Springer Berlin Heidelberg.

Wintzer, J. (2016). Was ist „gute“ Forschung? In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 3-10). Springer Berlin Heidelberg.





e-tivity Kapitel 6: Intellektuelle

1. Arbeiten Sie in interprofessionellen Arbeitsgruppen.
2. Suchen Sie sich eine_n der folgenden Intellektuellen aus: Popper, Luhman, Spivak und Arendt.
3. Vermerken Sie Ihre Wahl auf der Lernplattform. Ziel ist es, alle Intellektuellen abzudecken und dies möglichst gleichmäßig zu verteilen.
4. Lesen und diskutieren Sie gemeinsam die bereitgestellten Texte und suchen Sie bei Bedarf weiterführende Literatur und Materialien. Nutzen Sie ggf. Online-Ressourcen.



Zu Spivak

Hidalgo, O. (2016). Gayatri Chakravorty Spivak: Can the Subaltern Speak?, in: Cary Nelson/Lawrence Grossberg (Hg.): *Marxism and the Interpretation of Culture*, University of Illinois Press: Urbana 1988, S. 271–313 (dt. *Can the Subaltern Speak? Postkolonialität und subalterne Artikulation*, Turia+ Kant: Wien/Berlin 2008, 159 S.). In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 361-365). Springer VS, Wiesbaden.

Zu Luhman

Reese-Schäfer, W. (2016). Niklas Luhmann: *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt: Suhrkamp 1984, 674 S. In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 350-353). Springer VS, Wiesbaden.

Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (S. 167-180)



<https://www.youtube.com/watch?v=143IZxZF1WE> (Dauer: 3:25 min)

Zu Arendt

Rensmann, L. (2016). Hannah Arendt: The Origins of Totalitarianism, Hartcourt Brace Jovanovich: New York 1951, 477 S.(dt. Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft, Europäische Verlagsanstalt: Frankfurt 1955, 782 S.). In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 187-192). Springer VS, Wiesbaden.

Zu Popper

van Ooyen, R. C. (2016). Karl R. Popper: The Open Society And Its Enemies: The Spell of Plato (Vol. 1); The High Tide of Prophecy: Hegel, Marx, and the Aftermath (Vol. 2), Routledge: London 1945, 620 S(dt. Die offene Gesellschaft und ihre Feinde. Erster Band: Der Zauber Platons; Zweiter Band: Falsche Propheten: Hegel, Marx und die Folgen, Bern 1957, 918 S.). In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 163-167). Springer VS, Wiesbaden.

Popper K.2000. Lesebuch. S.40-46 Subjektive oder objektive Erkenntnis? Drei Thesen.

5. Erstellen Sie einen 1-minütigen Pod-/ Vodcast. In diesem Pod-/ Vodcast stellen Sie den_ die Intellektuelle_n kurz vor und fassen den zentralen Beitrag dieser Persönlichkeit zum gegenwärtigen Verständnis von Wissen und Wissenschaft dar.

Woche 7: Evaluation, Qualitative und Quantitative Methoden & Hypothesenarten

Lernziel: Evaluation verstehen, Unterschiede zwischen qualitativen und quantitativen Methoden sowie Hypothesenarten

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: Recherchieren einer Studie aus dem Berufsfeld, Zuordnung, Zitation und Annotation

7.1 Evaluation – Was ist das?

Evaluation ist in aller Munde. Ständig wird irgendetwas von irgendjemandem evaluiert. Da Menschen im täglichen Leben ständig Bewertungen vornehmen (ob das Essen schmeckt, die Kollegin sympathisch ist etc.), hat Evaluation selbst in die Alltagssprache Eingang gefunden. Diese „Alltagsbewertungen“ sind jedoch nicht gemeint, wenn in Arbeitskontexte von Evaluation die Rede ist. Hier geht es um ein professionelles Verständnis von Evaluation.



Merkkasten Evaluation

Mit Evaluation ist demnach eine systematische Untersuchung und Bewertung eines Gegenstands auf der Basis empirischer, d.h. erfahrungsbasierter Informationen gemeint, in der Absicht, seine Qualität und seinen Nutzen sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Der Terminus „Erfahrungsbasierte Informationen“ bezeichnet die verschiedenen Arten von Daten, auf die sich die Evaluation stützt (Statistiken, Ergebnisse quantitativer Erhebungen, qualitative Daten wie Interviews, Gruppendiskussionen). Evaluation ist nutzungsorientiert: Sie soll die Praxis unterstützen und handlungsrelevante Ergebnisse

ergeben. Sie muss daher maßgeschneidert sein, d.h. auf Evaluationsgegenstand und Fragestellungen abgestimmt werden.

Professionelle Evaluation gibt es mittlerweile in vielen Bereichen. Sie hat sich in den letzten etwa 50 Jahren zu einer eigenen Disziplin entwickelt. Evaluation als professionelle Tätigkeit unterscheidet sich von den Bewertungen, die wir alle im Alltag ständig vornehmen. Diese Abgrenzung bedeutet nun aber nicht, dass für eine seriöse und aussagekräftige Evaluation im Rahmen Qualitätsentwicklung immer aufwändige wissenschaftliche Forschungen vorgenommen werden müssen. Eine gewisse Wissenschaftlichkeit muss jedoch sein, damit in professionellem Sinn von Evaluation die Rede sein kann: Evaluation geht über die intuitiven Bewertungen, wie man sie in vielen Situationen im Alltag sozusagen „aus dem Bauch heraus“ macht hinaus. Die Zauberwörter sind „systematisch“ und „empirisch“, d.h. auf der Basis von Daten, „dokumentiert“ und „intersubjektiv nachvollziehbar“: Das sind die Merkmale von professioneller Evaluation.

7.1.1 Formative versus Summative Evaluation



Merkkasten formative Evaluation

Bei einer formativen Evaluation werden ein Programm oder eine Intervention wiederholt schon während des Prozesses immer wieder hinsichtlich des gewünschten Ziels überprüft. Ggf. werden auf Grund dieser Zwischenergebnisse Korrekturen laufender Maßnahmen vorgenommen, um die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen.

Am Beispiel der formativen Evaluation eines Lehrganges/ Studienganges lässt sich das Prinzip erläutern. Um bei Studierenden eine

signifikant messbare Erhöhung ihrer verbalen Kommunikationskompetenz zu erlangen, wird ein sechsmonatiger Lehrgang auf den Weg gebracht, der die hierfür geeigneten Elemente wie Vortrags-, Dialog- und Gruppendiskussionstraining etc. umfasst. Jeweils alle zwei Monate wird eine Zwischenmessung durchgeführt. Hierbei werden die zuvor als gültige Kriterien für verbale Kommunikationsfähigkeit festgelegten Kriterien erhoben, zum Beispiel Wortgeschwindigkeit (a), angewandte Wortvielfalt (b), Reaktionsfähigkeit (c), die subjektive Einschätzung der Studierenden (d) und des Lehrenden (e) etc. Aufgrund der Auswertung der Zwischenergebnisse kann es dazu kommen, dass die unterschiedlichen Elemente neu gewichtet werden müssen, da der Effekt nicht in der vorhergesagten Stärke ermittelt werden konnte. In der formativen Evaluation wird demnach aktiv auf ein laufendes Programm Einfluss genommen mit dem Ziel, die zuvor fixierten Ziele auch tatsächlich bestmöglich zu erreichen.



Merkkasten summative Evaluation

Die summative Evaluation wird im Gegensatz zur formativen Evaluation bei vollständig entwickelten Programmen nach ihrer Durchführung angewandt. Ziel ist die abschließende Bewertung oder Überprüfung des Erfüllungsgrades, nicht die Einflussnahme auf das zu evaluierende Programm (z. B. Forschungs- oder Entwicklungsprogramm) mit dem Ziel der Verbesserung der Ergebnisse durch ständiges Feedback im Prozessverlauf.

Es handelt sich somit um eine Form der Ergebnisevaluation, die nur einen Vergleich zwischen postuliertem und erreichtem Zielzustand vornimmt. Daher hat das Konzept der summativen Evaluation eine gewisse Ähnlichkeit mit der Idee der Endkontrolle in der Qualitätssicherung. Die Ergebnisse können nur nachträglich für die zielgerichtete Anpassung des Programms oder Prozesses verwendet

werden. Stockmann umschreibt die summative Evaluation wie folgt: "zusammenfassend, bilanzierend und ergebnisorientiert." Der Mathematiker und Philosoph Michael Scriven, von dem die Unterscheidung zwischen formativer und summativer Evaluation stammt (1967), formuliert dies so: „Wenn der Koch abschmeckt, ist das formativ. Wenn der Gast kostet, ist das summativ.“ Formative Evaluation zielt also darauf, Risiken bereits während der Programmentwicklung zu reduzieren. Methodisch ist eine summative Evaluation meist erheblich einfacher und zuverlässiger als eine formative Evaluation, die oft auf einen komplexen Methodenmix zurückgreifen muss.

Quelle: <http://www.sqa.at/course/view.php?id=159>

7.2 Qualitative und Quantitative Methoden im Vergleich

Eine systematische Untersuchung ist das Gegenteil einer unorganisierten, zufälligen Unternehmung. Mit anderen Worten, Forscher_innen brauchen einen Forschungsplan, der Vorstellungen davon enthält, was herausgefunden werden soll und wie. Sowohl qualitative als auch quantitative Forschung geht systematisch (nach einem nachvollziehbaren Plan) vor. Beide Arten der Forschung sind organisiert, basieren jedoch auf unterschiedlichen Verständnissen von der Rolle der Forscher_in, dem Zweck der Forschung und der Art der

Ein wesentlicher Unterschied zwischen qualitativer und quantitativer Forschung besteht darin, dass quantitative Forschungsansätze versuchen, für eine Population repräsentative Stichproben zu generieren während qualitative Ansätze theorie- bzw. phänomenspezifische Stichproben bilden. Quantitative Forschung testet mit Hilfe der Daten Hypothese (**hypothesentestend, top-down, deduktiv**), während die qualitative Forschung Hypothesen (und letztlich Theorien) aus den Daten heraus ableitet (**hypothesengenerierend,**

bottom-up, induktiv). Quantitative Forschung konzentriert sich auf die statistischen Auswertungen, die auf präzisen Messungen basieren. Es ist jedoch nicht notwendig, präzise und reproduzierbare Messungen zu erfassen, damit die Forschung systematisch betrachtet werden kann. Qualitative Forschung wiederum beruft sich häufig auf die Methode der Triangulation (worauf im Modul D3 vertiefend eingegangen wird).^{4 5} bietet eine Gegenüberstellung qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden.

Für eine ausführliche Darstellung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten von qualitativer und quantitativer Forschung lesen Sie bitten den folgenden Text.



Röbken, H., & Wetzel, K. (2017). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden*. Carl von Ossietzky Universität. https://uol.de/fileadmin/user_upload/c3l/Studiengaenge/BWLSportler/Download/Leseproben/bwlsport_leseprobe_qual_quant_forschungsmethoden.pdf

Tabelle 4: Vergleich qualitativer und quantitativer Forschung

Qualitative Forschung	Quantitative Forschung
Sinnverstehende, unstandardisierte Verfahren	Objektiv gemessene, standardisierte Verfahren
Oft zur Generierung von Forschungsfragen (Induktion), selten zur Hypothesenüberprüfung	Oft zur Hypothesenprüfung (Deduktion)
Deskriptive Feldforschung, biografische Methoden, gegenstandsbezogene Theorienbildung	Experimente, Quasiexperimente, Korrelationsstudien, Metaanalysen

Unstandardisierte Interviews, Gruppendiskussionen, teilnehmende Beobachtung	Beobachten, Zählen, Testen
Inhaltsanalyse, Hermeneutik, Diskursanalyse	Multivariate Methoden, Modellstests, statistische Zusammenhänge
Vorteile	
Subjektive Erfahrungen der Teilnehmenden	Höher Präzision und Kontrolle
Unerwartete Einsichten durch offene Ergebniserwartung	Erfassung großer Stichproben möglich
Erlegt Teilnehmer_innen keine spezielle Sichtweise auf	Möglichkeit von Kausalaussagen
Nachteile	
Validität und Reliabilität der Daten schwerer nachvollziehbar	Übervereinfachung komplexer sozialer Zusammenhänge
Generalisierung und Vorhersagen weniger möglich	Vernachlässigung subjektiver Aspekte
Fehlende Replizierbarkeit	Vernachlässigung der Individualität und Autonomie der Teilnehmenden
Geringe Effizienz durch hohe Kosten und Zeitaufwand bei größeren Stichproben	Marginalisierung unterrepräsentierter Gesellschaftsgruppen vor allem in großangelegten Studien

7.3 Hypothesenarten

Merkkasten Hypothesen

In den Sozialwissenschaften werden häufig nach Zusammenhängen zwischen verschiedenen Merkmalen gesucht. Ein gut bewährter bzw. bestätigter Zusammenhang kann als Gesetz bezeichnet werden. Sollen diese Zusammenhänge erst noch herausgefunden bzw. geprüft werden, ob überhaupt ein Zusammenhang besteht, wird von einer Hypothese gesprochen. Eine Hypothese ist demnach eine vorläufig formulierte Annahme, die im Fortgang der Forschung überprüft und bestätigt oder verworfen werden muss.

Anders gesagt: Eine Hypothese ist eine Übersetzung des Forschungsproblems in eine empirisch überprüfbare Aussage, eine Art „vorläufige“ Antwort auf die Forschungsfrage. Eine Hypothese ist eine Annahme über den Status von Ereignissen oder über Zusammenhänge zwischen Variablen.

Hypothesen spielen sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Forschung eine zentrale Rolle.

Allgemein kann zwischen Unterschiedshypothesen und Zusammenhangshypothesen unterschieden.

- **Unterschiedshypothesen:** behaupten Unterschiede zwischen den Gruppen ungerichtete Hypothese: behaupten nur Vorliegen eines Unterschieds/Zusammenhangs gerichtete Hypothese: spezifizieren auch Richtung - wichtig für Signifikanztest
- **Zusammenhangshypothese:** Aussagen über Korrelation zwischen Variablen unspezifische Hypothese: sagen nichts über Größe des Zusammenhang/Unterschied aus spezifische Hypothese: geben die Größe genau an

Anforderungen an die Formulierung einer Hypothese:

- eine Aussage, kein Befehl, keine Wertung
- enthält die Beziehung von mindestens 2 Sachverhalten, die theoriebezogen und empirisch umsetzbar sein sollten
- dem Gegenstand angemessen
- keine Widersprüche
- empirisch überprüfbar
- logische Verknüpfung von zwei Begriffen, die nicht doppeldeutig sind
- Angabe der Geltungsbedingung (räumliche, zeitliche, personale Angaben)
- möglichst einfach und präzise
- Operationalisierung der Begriffe

Merkkasten Operationalisierung

Operationalisierung eines Begriffs ist gleich die Menge aller Indikatoren, die den gemeinten Inhalt des Begriffs so erfassen, dass sie Handlungsanweisungen für das Vorgehen der Forscher_innen sind. Bei Zusammenhangshypothesen müssen auch die Beziehungen zwischen den Begriffen operationalisiert werden.

Weiterführende Literatur



Baur, N., & Hering, L. (2017). Die Kombination von ethnografischer Beobachtung und standardisierter Befragung. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(2), 387-414.

Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 2(1), Artikel 6.

Paierl, D. L., & Hart, P. (2016). Zwischen Sterben und Wirtschaften. In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 263-271). Springer Berlin Heidelberg.



e-tivity Kapitel 7: Wissenschaftliche Studie aus Ihrem Berufsfeld

1. Recherchieren Sie eine beliebige wissenschaftliche Studie aus Ihrem Berufsfeld.
2. Beschreiben Sie die Studie: Handelt es sich um Grundlagenforschung oder angewandte Forschung, um qualitative oder quantitative Forschung oder vielleicht sogar um eine Evaluation und begründen Sie.
3. Zitieren Sie die Studie in korrekter (APA) Weise.
4. Schreiben Sie eine Annotation.
5. Bewerten Sie die Studie nach zwei der oben beschriebenen Gütekriterien wissenschaftlichen Arbeitens.
6. Posten Sie die Annotation und die Bewertung im entsprechenden Forum
7. Kommentieren Sie mindestens zwei Ergebnisse Ihrer Kommiliton_innen aus anderen Berufsgruppen.



Woche 8: Evidenzbasierte Praxis (EBP) und Clinical Reasoning

Lernziel: Verstehen Evidenzbasierter Praxis und Clinical Reasoning

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: Recherchieren eines wissenschaftlichen Texts zu Evidenzbasierter Praxis aus den Berufsfeldern, Zitation und Annotation

8.1 Evidenzbasierte Praxis



Merkkasten Evidenzbasierte Praxis

Die Evidenzbasierte Praxis (EBP) wird beschrieben als der gewissenhafte, ausdrückliche und umsichtige Gebrauch aktuell verfügbarer Wirksamkeitsnachweise für die therapeutische und pflegerische Entscheidung in der Behandlung eines individuellen Patienten (Sackett et al. 1996).

Die Entwicklung der Evidenzbasierten Praxis lässt sich unter anderem auf eine kanadische Ärztegruppe zurückführen, die den Begriff der *evidence based medicine* in einem Buch das erste Mal gebrauchte (Guyatt et al. 1992). Seitdem wird das Vorgehen diskutiert und findet über die Ärzteschaft hinaus auch in anderen Gesundheits- und Pflegeberufen ihre Anwendung. Die Evidenzbasierte Praxis wird meistens in einem **5-Schritte-Modell** vollzogen. Tabelle 5 stellt die 5 Schritte dar.

Tabelle 5: Die 5 Schritte der evidenzbasierten Praxis

1. Problemidentifizierung (Formulierung einer beantwortbaren Frage)
<p>Der erste Schritt auf dem Weg zur Lösung eines klinischen Problems ist die Formulierung einer beantwortbaren Fragestellung. Diese basiert auf einer spezifischen Therapiesituation und kann sich auf verschiedene Teilbereiche, wie Diagnostik, Therapie oder auch Prävention, beziehen.</p>
2. Suche nach externer Evidenz
<p>Die Suche nach klinisch relevanter Forschung zur Genauigkeit diagnostischer Verfahren in der Literatur. Hierfür bieten sich Recherche in Primärliteratur, Recherche in Fachzeitschriften und Zugriff auf Reviews über die verschiedenen Datenbanken.</p>
3. Überprüfung der externen Evidenz auf Validität und Aussagekraft bezüglich des Problems
<p>Die gefundene Literatur wird kritisch bewertet, nach der internen Validität, der Größe und Präzision der Studie und der Übertragbarkeit und Aussagekraft auf das Problem</p>
4. Anwendung der Ergebnisse der Literaturrecherche auf den Patienten
<p>Die Ergebnisse der Forschung werden auf das konkrete Problem des_der Patient_in übertragen. Unter der Berücksichtigung der internen Evidenz des_der Therapeut_in oder Pflegefachperson gemeinsam mit den Bedürfnissen des_der Patient_in führen hypothetische Denk- und Entscheidungsprozesse (Clinical Reasoning) zur Lösung des Problems beispielsweise zur Behandlungsplanung.</p>
5. Bewertung der eigenen Leistung

Der_die Therapeut_in oder Pflegefachperson reflektiert kritisch sein_ihr Handeln und bewertet die konkreten Resultate seiner_ihrer Arbeit.

Durch die Berücksichtigung aktueller Forschungsergebnisse bei der Auswahl therapeutischer und pflegerischer Interventionen, bildet die EBP eine Brücke zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und klinischer Praxis. Durch diesen Wissenstransfer trägt die Evidenzbasierte Praxis zu einer Weiterentwicklung des_der einzelnen Therapeuten_in oder Pflegefachperson, aber auch der gesamten Profession bei. Die evidenzbasierte Therapie und Pflege beschäftigt sich demnach mit der Frage nach der Wirksamkeit einzelner Interventionen, um eine optimale Versorgung für den_die individuellen Patient_innen zu gewährleisten. In der Definition nach Dollaghan (2008), wird die Rolle des_der Patient_innen als selbstbestimmter Mensch integriert. Dies entspricht dem zuvor dargestellten Trend, den_der Patient_in stärker in die therapeutische und pflegerische Entscheidungsfindung einzubeziehen. Die Wünsche und Vorstellungen des_der Patient_in werden genauso berücksichtigt, wie die externen Evidenzen und die Erfahrungen der Therapeuten_innen oder Pflegefachpersonen.

Dollaghan (2008) stellt diese drei relevanten Faktoren — 1) beste zur Verfügung stehende Evidenz aus der Forschung, 2) beste zur Verfügung stehende Evidenz aus der klinischen Praxis und 3) beste zur Verfügung stehende Evidenz im Bezug auf den_die vollinformierte Patient_in. Die Informationen aus externen Evidenzen können niemals die Erfahrungen und das Wissen des_der Therapeut_in oder Pflegefachperson, sowie die Wünsche des Klienten ersetzen. Dennoch liegt das Besondere der evidenzbasierten Entscheidungsfindung darin, die externen Evidenzen systematisch zu erheben und zu integrieren. Im Folgenden werden die oben genannten 5 Schritte im Detail beschrieben.

8.1.1 Formulieren einer beantwortbaren Frage, Problem-identifizierung (Schritt 1)

Die Grundvoraussetzung für die Evidenzbasierte Praxis ist, dass sich der_die Therapeut_in oder Pflegefachperson in einer unsicheren Entscheidungssituation befindet und sein eigenes Wissen hinterfragt. Ausgehend von dieser unsicheren Entscheidung formuliert der_die Therapeut_in oder Pflegefachperson eine klinische Frage, die als Grundlage für die spätere Literaturrecherche dient. Klinische Fragen können Hintergrundfragen zu einem Thema, oder spezifische Fragen sein.

Die **Hintergrundfragen** beziehen sich auf allgemeine Informationen zu bestimmten Interventionen. Sie setzen sich aus den Fragepronomen und einem Verb zusammen (vgl. Straus et al. 2011, Greenhalgh 2010, Dollaghan 2008).

Beispiel: *Was untersucht die Psycholinguistische Analyse für Sprechstörungen (PLAKSS) bei Kindern?*

Spezifische Fragen meinen solche, die sich auf einen spezifischen (Einzel-)Fall beziehen. Für spezifische Fragen hat sich das so genannte PICO-Design bewährt. PICO steht als Akronym für **P**atient, **I**ntervention, **C**omparison (Vergleich) und **O**utcome (Ergebnis) und bezeichnet die Aspekte, die in der Frage berücksichtigt werden. Zunächst wird der Patient, genauer bestimmt (Alter, Geschlecht, Diagnose, Problem, etc.). Dann wird die Intervention beschrieben, zu der_die Therapeut_in oder Pflegefachperson nähere Informationen erhalten möchte (z. B. Therapieform, Therapiefrequenz, Diagnostikmethode, etc.). Ein Vergleich (*Comparison*) dieser Intervention mit einer Alternative kann, muss aber nicht benannt werden. Am Ende sollte das gewünschte Ergebnis (*Outcome*) der Intervention operationalisiert werden.

Beispiel: *Ist bei einem dreijährigen Kind mit einer phonologischen Störung (P) die P.O.P.T (I) oder Metaphon (C)*

zeitlich effektiver, um den pathologischen Prozesse der Vorverlagerung von /k, g/ zu /t, d/ zu überwinden (O)?

Wie genau die einzelnen Komponenten der PICO-Frage definiert werden können, hängt nicht zuletzt vom allgemeinen Forschungs- sowie vom individuellen Wissensstand auf dem jeweiligen Fachgebiet ab und ist schwer zu bestimmen. Novizen eines Faches werden häufiger Hintergrundfragen formulieren müssen, wohingegen Experten immer spezifischere Fragen formulieren werden. Straus et al. (2011) unterscheiden drei Wissenslücken, die zu unterschiedlichen Handlungen führen: 1) eine Wissenslücke, die auf bereits vorhandenes Wissen referiert, das reaktiviert werden muss, 2) eine Wissenslücke, die bewusst ist und benannt werden kann, 3) eine Wissenslücke, die nicht bewusst ist und daher nicht benannt werden kann. Während Wissenslücken des ersten und zweiten Typs dazu führen, dass der_ die Therapeut_in oder Pflegefachperson Informationen erfragt, führt eine unbewusste Wissenslücke zu einer Nicht-Handlung. Der_ die Therapeut_in oder Pflegefachperson wird diese nicht füllen und sich damit nicht weiterentwickeln. Wichtig ist, eine grundsätzlich positive Grundhaltung zu den Wissenslücken zu entwickeln, um daraus die Motivation zu schöpfen, Fragen zu formulieren und Wissen zu erwerben. Hinter dieser Annahme steht das Selbstkonzept des *lebenslangen Lernens*. Der_ die Therapeut_in oder Pflegefachperson ist sich bewusst, dass Wissen einem Verfall unterliegt und daher stetig erweitert und erneuert werden muss. Die Prinzipien des *lebenslangen Lernens* sind in der heutigen Wissensgesellschaft ein integraler Bestandteil aller Berufe geworden (Arbeitskreis Deutscher Qualitätsrahmen 2011). Um in den Prozess des evidenzbasierten Handelns einsteigen zu können, muss der_ die Therapeut_in oder Pflegefachperson sich demnach zunächst selbst kritisch hinterfragen, eine klinische Frage formulieren und nach Antworten suchen.

8.1.2 Auffinden der bestmöglichen externen Evidenz und Wertung (Schritt 2 und Schritt 3)

Ausgehend von der PICO-Frage wird eine Literaturrecherche zum Auffinden der bestmöglichen Evidenz durchgeführt. Dieser Schritt bildet die Schlüsselhandlung der EBP, da sich hier das evidenzbasierte Handeln von anderen Formen der therapeutischen und pflegerischen Entscheidungsfindung abgrenzt (Haynes und Johnson 2009, Dollaghan 2004, Higgs et al. 2008, Klemme und Siegmann 2006). Wie Befragungen unterschiedlicher Berufsgruppen des Gesundheitssystems zeigen, werden im täglichen therapeutischen/ pflegerischen Handeln in der Regel andere Quellen als wissenschaftliche Studien zur Entscheidungsfindung herangezogen. Der Großteil der klinischen Entscheidungsfindung beruht auf der eigenen Expertise und der Befragung von Kollegen. Dies führt dazu, dass sich neuere therapeutische/ pflegerische Ansätze nur langsam etablieren und sich einmal festgesetzte Standards auch über längere Zeit hartnäckig halten.

Eine systematische Literaturrecherche soll helfen, wissenschaftliche Evidenzen zur Entscheidungsfindung heranzuziehen und das vorhandene Wissen laufend zu aktualisieren. Zur Literaturrecherche stehen den Therapeut_innen und Pflegekräften verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. In der Regel werden elektronische Datenbanken (z. B. *Cochrane*, *MEDLINE*) genutzt, um möglichst schnell viele Treffer zu erlangen. Bei der Literaturrecherche selbst können zwei grundlegende Probleme auftreten. Die Eingabe der Suchbegriffe führt zu einem unüberschaubaren oder zu geringem Output an Ressourcen oder zu unbrauchbaren Quellen. Strategien in der Auswahl und Kombination der Suchbegriffe, sowie die passende Einstellung der Suchfelder helfen, diese Probleme zumindest annähernd zu bewältigen. Schlosser et al. (2006) fassen in einem *Review* vier Suchstrategien für eine erfolgreiche und effektive Recherche zusammen. Die erste Strategie sieht vor, dass Blöcke aus

den wichtigsten Begriffen der Frage gebildet und dann durch die Verknüpfungen „or“ und „and“ kombiniert werden. Bei spezifischen Fragestellungen kann die zweite Strategie helfen, bei der zunächst der spezifischste Begriff in die Suchmaske eingegeben wird. Erzielt dieser keinen oder zu wenig Treffer, wird der Begriff ausgeweitet. Bei der sukzessiven Fragmentierung, die vor allem dann eingesetzt wird, wenn wenig bis kein Vorwissen vorhanden ist, wird zunächst nach einem Oberbegriff gesucht. Dieser wird dann mit Zusatzinformationen kombiniert, bis ein zufriedenstellendes Ergebnis erscheint. Die Autor_innen legen bei der Darstellung der Suchstrategien ihren Schwerpunkt auf das Vorgehen, das sie „*Pearl Growing*“ nennen. Hier wird zunächst nach einer passenden Originalarbeit gesucht. Von dieser Arbeit werden die Schlüsselbegriffe übernommen und anhand dieser Begriffe die Suche fortgesetzt. Dieses Vorgehen wird so lange wiederholt, bis die Suche erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Ergibt die Literaturrecherche, dass keine oder keine verwertbaren externen Evidenzen zur Beantwortung der PICO-Frage vorliegen, muss der_die Therapeut_in oder Pflegekraft auf Grundlage seines_ihres eigenen Wissens zu einer begründeten Entscheidung gelangen. Dies wirft die Frage auf, welche Quellen und Daten als „externe Evidenz“ gelten können und welche Kriterien diese im Rahmen einer Evidenzbasierten Praxis erfüllen muss. Kamhi beschreibt hier das Bild, das am weitesten verbreitet ist. Evidenzbasiertes Handeln basiert demnach rein auf der Übertragung externer Evidenzen auf den Einzelfall. Wie die Qualität dieser Evidenzen einzuordnen ist, wird im nachfolgenden Kapitel diskutiert. Die Annahme, dass nur externe Evidenzen aus klinischen Studien als Entscheidungsgrundlage dienen können, verkürzt die Grundannahme der EBP und stellt den_die Praktiker_in zudem vor eine nahezu unüberwindbare Herausforderung. Nicht immer sind qualitativ hochwertige Studien zu den spezifischen Fragen verfügbar. Im Gegensatz zum Wissenschaftler_innen, deren Arbeitsmotivation sich aus ungeklärten Fragen schöpft, benötigt der_die

Therapeut_in oder Pflegefachperson jedoch eine sichere Entscheidung, um ihren_seinen Klienten_in beraten und eine Intervention einleiten zu können (vgl. Lof 2011).

8.1.3 Integration der externen Evidenz, der eigenen Erfahrungen und der Patientenbedürfnisse (Schritt 4)

Der vierte Schritt des evidenzbasierten Handelns stellt die Integration aller Elemente – externe Evidenzen, klinische Expertise und Patientenbedürfnisse – in einer therapeutischen und pflegerischen Entscheidung dar. Obwohl die drei Aspekte gleichwertig nebeneinander stehen sollten, wird den externen Evidenzen aktuell mehr Aufmerksamkeit in Forschung und Literatur gewidmet. Betrachtet man die EBP im Kontext der gesamten therapeutischen und pflegerischen Entscheidungsfindung, liegt in der Integration der externen Evidenz, bezogen auf Diagnostik- und Therapiestudien, aber auch gerade das Besondere der EBP und wird daher möglicherweise stärker hervorgehoben. Da die Erfassung und Bewertung der externen Evidenz in den vorangegangenen Schritten ausführlich dargestellt wurden, werden nun noch einmal die beiden anderen Elemente näher betrachtet: die klinische Expertise und die Patientenpräferenz. Dabei werden die Grundannahmen des ersten Kapitels mit einbezogen. Neben der Erfassung relevanter Daten zu diesen beiden Aspekten der EBP stellt die Kommunikation mit dem_der Klienten_in einen wichtigen Baustein in diesem Schritt dar. Integration meint in diesem Zusammenhang die Zusammenführung aller Perspektiven. Dazu müssen dem_der Klienten_in die Möglichkeiten einer Intervention aus Sicht der aktuellen Forschungslage und aus Sicht des_der Therapeut_in und Pflegekraft im Sinne ihrer_seiner Fähigkeiten vermittelt werden (vgl. Dollaghan 2008, Haynes und Johnson 2009, Ford, Schofield und Hope 2002).

8.1.3.1 Klinische Expertise

Die klinische Expertise der_des individuellen Therapeut_in oder Pflegefachperson bezieht sich auf deren_dessen Wissen und Kompetenzen im Rahmen ihres_seines therapeutischen und pflegerischen Handelns. Während die Grundlagen für die Berufsausübung innerhalb der Ausbildung geschaffen werden, muss sich z. B. die_der Therapeut_in und Pflegefachperson während ihres_seines gesamten Berufslebens weiter fortbilden. Im Sinne des *lebenslangen Lernens* gehört dazu nicht nur das formale Lernen über Weiterbildungsangebote, sondern vor allem auch das informelle Lernen durch den Austausch mit Kolleg_innen oder dem Studium von Fachliteratur. Ein Modell zur Einordnung beruflicher Expertise stellt das Modell von Dreyfus (2004) dar. Demnach verläuft die Entwicklung der beruflichen Kompetenz vom Novizen_Novizin über insgesamt fünf Stufen zum Experten_Expertin. Die einzelnen Stufen sind durch die Verarbeitungstiefe von Informationen und durch die Bewältigung immer komplexer werdender Aufgaben gekennzeichnet. Tabelle 6 stellt die Abstufungen des Expertentums dar.

Tabelle 6: Stufen der Kompetenzentwicklung (Dryfus 2004)

Stufe	Beschreibung der Kompetenz Novize
Novize_Novizin (Novice)	Der_die Novize_Novizin kann regelgeleitet Aufgaben in unterschiedlichen Kontexten ausführen. Das Vorgehen ist eher programmatisch.
Fortgeschrittene_r Anfänger_in (Advanced Beginner)	Aufgrund erster Erfahrungen, kann der fortgeschrittene Anfänger innerhalb einer Situation auch neue Informationen erfassen und nutzen.
Kompetente_r Therapeut_in	Der_die kompetente Therapeut_in oder Pflegefachperson lernt aus seinen vielfältigen

<p>/Pflegefachperson (Competence)</p>	<p>Erfahrungen die Informationen zu nutzen, die für die Situation relevant sind. Er_sie geht dabei weiterhin regelgeleitet vor und nutzt Reasoning-Prozesse. Die Herausforderung besteht darin, aus einer Vielzahl an möglichen Handlungsalternativen eine geeignete auszuwählen.</p>
<p>Erfahrene_r Therapeut_in/ Pflegefachperson (Proficiency)</p>	<p>Auf Grundlage nun vielfältiger Erfahrungen kann der_die erfahrene Therapeut_in/ Pflegefachperson Situationen schnell über wenige Hinweisreize erfassen und Handlungsalternativen ableiten. Die Entscheidung für eine Handlungsoption fällt weiterhin bewusst, indem die Vor- und Nachteile abgewogen werden.</p>
<p>Experte_in (Expert)</p>	<p>Der_die Experte_in erfasst auch komplexe Situationen schnell und kann automatisiert Handlungen ableiten. Handlungen verlaufen eher unbewusst ab und referieren auf stilles Wissen. Der_die Experte_in unterscheidet sich von allen anderen Stufen dadurch, dass die Entscheidung nicht mehr analytisch, sondern intuitiv erfolgt.</p>

Anmerkung. Zur besseren Lesbarkeit wird den Stufen drei und vier der Begriff „Therapeut_in“/„Pflegefachperson“ hinzugefügt, diese Terminologie entstammt nicht dem Modell nach Dreyfus, das sich auf alle Berufe bezieht.

Das zunächst notwendige regelgeleitete Vorgehen kann unter anderem durch klinische Leitlinien unterstützt werden (vgl. Haynes und Johnson 2009). Der_die Therapeut_in oder Pflegefachperson kann so auf das systematisch zusammengetragene Erfahrungswissen vieler Therapeut_innen und Pflegefachpersonen zurückgreifen. Allerdings fehlt es im deutschen Sprachraum aktuell noch an erschöpfenden evidenzbasierten Leitlinien z.B. für die Diagnostik und Therapie von

Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Um das eigene Handeln zu systematisieren und daraus begründete Entscheidungen zu treffen, kann der_die Therapeut_in oder Pflegefachperson **Clinical-Reasoning-Prozesse** nutzen. Das hypothetisch-deduktive Vorgehen entspricht den analytischen Entscheidungsfindungsprozessen, wie sie von Dreyfus beschrieben werden. Durch Analyse und Synthese relevanter Informationen gelangt der_die Therapeut_in und die Pflegefachperson zu einer der Situation und dem_der Patienten_in angemessenen Entscheidung. Mit zunehmender Expertise entwickelt der_die Therapeut_in und die Pflegefachperson verschiedene Handlungsskripte und wendet zunehmend das Pattern Recognition an.

Im Rahmen der EBP kommt ein weiterer entscheidender Schritt zur Entwicklung der eigenen klinischen Expertise hinzu. Durch die Evaluation des eigenen Handelns werden die individuellen Erfahrungen systematisch erfasst und dokumentiert. Der_die Therapeut_in und Pflegefachperson verlässt sich dabei nicht auf seine_ihre Wahrnehmung, sondern setzt wissenschaftliche Methoden ein, um die eigenen Beobachtungen zu objektivieren. Der Einbezug der eigenen klinischen Erfahrung beruht im Sinne der EBP demnach nicht auf dem Glauben, dass eine Methode bei einem individuellen Patienten_in wirksam ist, sondern auf einem – anhand systematisch erhobener Daten – basierenden Wissen.

Innerhalb des Entscheidungsfindungsprozesses im Rahmen der EBP muss der_die Therapeut_in oder die Pflegefachperson permanent seine_ihre eigene klinische Expertise reflektieren und mit den externen Evidenzen, sowie Patient_innenbedürfnissen abgleichen.

8.1.3.2 Patientenpräferenzen

Dollaghan (2008) betont, wie schwer es ist, die Patient_innenpräferenzen im Rahmen der therapeutischen und pflegerischen Entscheidungsfindung innerhalb eines therapeutischen oder

pflegerischen Prozesses wirklich zu erfassen. Diese sind zutiefst subjektiv und entziehen sich zum Teil der Beobachtung des_der Therapeuten_in und Pflegefachperson. Patient_innen beziehen in ihre Entscheidung für oder gegen eine Intervention verschiedenste Informationsgrundlagen ein. Diese können geprägt sein von vorangegangenen Erfahrungen aber auch der aktuellen Situation, sowie Informationen aus dem Umfeld und den Medien. Dollaghan (2008) stellt auch für die Patient_innenpräferenzen eine Checkliste zur Verfügung, die *CAPP: Checklist for Appraising Evidence on Patient Preference (Checkliste zur Einschätzung der Evidenz für Patient_innenpräferenzen)*. Die CAPP gliedert sich in zwei Teile. Der erste Abschnitt dient dem_der Therapeut_in oder Pflegefachperson als Grundlage, um ein gemeinsames Verständnis des Gesundheitsproblems zwischen ihm_ihr und dem_der Patienten_in zu schaffen. Dieses beruht auf der Klärung folgender Punkte:

- Art des Kommunikationsproblems des_der Patienten_in
- Auswirkungen des Kommunikationsproblems auf die Teilhabe des_der Patienten_in
- Grad der durch den_die Patienten_in gewünschten Mitbestimmung am therapeutischen oder pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess
- Plan, das gemeinsam vereinbarte Vorgehen immer wieder auf die oben genannten und weitere Punkte zu überprüfen

Der zweite Teil der Checkliste hilft dem_der Therapeut_in oder Pflegefachperson, die Informationen aus den externen Evidenzen und der eigenen klinischen Expertise so aufzubereiten, dass sie dem_der Klienten_in als Entscheidungsgrundlage dienen können. Die Informationen für den ersten Teil können genauer über die einzelnen

Domänen der *International Classification of Functioning, Disability and Health* erhoben werden. Durch die Einordnung des Gesundheitsproblems in die Komponenten der „Funktion“, „Aktivität“, „Teilhabe“, sowie die Beschreibung der Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren entsteht ein umfassendes Bild vom Patienten_in. Der zweite Gedanke, die Informationen für den_die Patienten_in zusammenzufassen und zu bewerten, damit er daraus eine Entscheidung ableiten kann, wird durch das Prinzip des *shared-decision-making* (*gemeinsame Entscheidungsfindung*) unterstützt. Die Idee der patientenzentrierten (evidenzbasierten) Patient_innen-information greift die grundlegenden Annahmen dieses Konzeptes auf.

Die Integration aller drei Elemente in eine gemeinsame therapeutische Entscheidung im Rahmen der EBP erfordert demnach ein Umdenken auf Seiten der Therapeut_innen und Pflegefachpersonen genauso wie auf Seiten der Patient_innen. Die Kommunikation innerhalb des Beratungsprozesses muss auf diese Anforderungen abgestimmt werden. Abbildung 6 fasst die Ergebnisse einer diesbezüglichen Studie zusammen.

Ford, Schofield und Hope (2002) erfassen in einer qualitativen Studie über halbstrukturierte Interviews die Grenzen der evidenzbasierten, patient_innenzentrierten Entscheidungsfindung. Die Interviews wurden mit niedergelassenen Ärzten_Ärztinnen ($N = 11$), Klinikärzten_ärztinnen ($N = 10$), Pflegekräfte ($N = 5$), Akademikern_innen ($N = 11$) und stationären Patienten_innen ($N = 8$) geführt. Die Barrieren wurden im Anschluss an die Interviews geclustert in „Verfügbarkeit von Evidenzen“, „Faktoren, die den Arzt_Ärztinnen betreffen“, „Faktoren, die den_die Patienten_innen betreffen“, „Verfügbarkeit von Ressourcen“ (z. B. Kosten), „Zeit“ und die „Patient_innen-Therapeut_innen- Beziehung“. In Bezug auf die Faktoren, die den Patient_innen betreffen, werden zwei Barrieren dargestellt. Die erste Barriere stellt die „Einstellung

des_der Patienten_in“ zur gemeinsamen Entscheidungsfindung dar. Die Ärzte und Pflegekräfte geben mehrheitlich an, dass viele Patient_innen die Verantwortung für eine gemeinsame therapeutische oder pflegerische Entscheidung ablehnten. Die Patient_innen stimmen dieser Aussage der Ärzte_Ärztinnen zwar zu, betonen jedoch, dass der_die Arzt_Ärztin dem_der Patienten_in in jedem Fall die Option zur Mitbestimmung offen legen sollte. Der zweite identifizierte Faktor ist das „Verständnis des_der Patienten_in“. Die Ärzte und Pflegekräfte betonen, dass viele Patient_innen nicht in der Lage seien, die komplexen Informationen zu verstehen. Hier könnte ein Zusammenhang zu den hinderlichen Faktoren auf Seiten der Ärzt_innen bestehen, die durch ihre Antworten eher eine „*doctor knows best*“-Haltung widerspiegeln. Der_die Arzt_Ärztin weiß, welche Intervention die beste für den_die Klienten_Klientinnen ist und entscheidet auf Grundlage der eigenen Erfahrung und externen Evidenzen. Eine gemeinsame Entscheidung ist in diesem Fall nicht intendiert. Die Autor_innen beschreiben, dass bei den Ärzt_innen die Sorge bestehe, dass der_die Patient_in die falsche Entscheidung treffen könne. Die Patient_innen auf der anderen Seite beschreiben, dass sie davon ausgehen, dass der_die Arzt_Ärztin die Informationen so aufbereitet, dass auch ein Laie diese verstehen und Handlungsoptionen bewerten kann.

Abbildung 6: Ergebnisse einer Studie zur Patient_innenpräferenz

8.1.4 Evaluation des eigenen Handelns (Schritt 5)

Kernpunkt der EBP ist die *wissenschaftlich fundierte* und explizite Begründung der therapeutischen und pflegerischen Entscheidung. Dazu gehört im letzten Schritt, das eigene Handeln zu evaluieren. Für das wissenschaftlich begründete praktische Handeln und vor allem die daraus resultierenden Erkenntnisse findet Lof (2011) den Begriff der *practice-based evidence*. Therapeut_innen und Pflegefachpersonen

„können sich in ihre Diagonose-, Thereapie- und Pflegearbeit wissenschaftlicher aufstellen indem sie mit der nötigen Skepsis vorgehen, indem unterscheiden lernen was wissenschaftliches und was pseudo-wissenschaftliches Denken ist und indem sie wissenschaftliche Methoden verwenden, um praxisbasierte Evidenzen zu sammeln“ (Loff, 2011, S. 195, eigene Übersetzung).

8.2 Clinical Reasoning

Der therapeutische Handlungsprozess der therapeutischen und pflegerischen Diagnostik, beschrieben durch die Schritte der evidenzbasierten Praxis stützt sich auf den international anerkannten Clinical Reasoning Prozess als Hypothesen gestütztes Denk- und Entscheidungshandeln nach Jones et al. (Jones, Jensen & Edwards, 2002), um die Vorgehensweise in der therapeutischen und pflegerischen Diagnose darzustellen.



Merkkasten Clinical Reasoning

Nach Jones sind unter dem Clinical Reasoning Prozess die Denk- und Entscheidungsprozesse des_der Therapeut_in und Pflegefachperson in Interaktion mit dem_der Patient_in beziehungs-weise seiner_ihrer Angehörigen während Diagnostik und (Probe-) Behandlung definiert (Jones, Jensen & Edwards, 2002). Es wird davon ausgegangen, dass zum einen der Clinical Reasoning Prozess mit der Problemidentifizierung, der Diagnosestellung beginnt, zum anderen auch, dass Untersuchung und Clinical Reasoning mit den Behandlungsinterventionen eine unzertrennliche Einheit bilden, in der sie fließend in einander übergehen. Viele Untersuchungstechniken können als Behandlungsmöglichkeiten eingesetzt werden.

Der Clinical Reasoning Prozess ist an Hypothesen orientiert. Diese werden geprüft und hinterfragt. Die [World Confederation for Physical Therapy](#) (WCPT) beschreibt diese Vorgehensweise in ihrem European Benchmark Statement als „kritisches und analytisches Denken, das mit dem Prozess der Entscheidungsfindung verbunden ist (WCPT, 2003). Das hypothetisch-deduktive Modell ist in der medizinischen Diagnostik weit verbreitet und liefert die Grundlage für den Ansatz des Clinical Reasonings. Dabei werden aus den Symptomen und Äußerungen des_der Patient_in Hypothesen für eine Problemstellung abgeleitet, die nach einander getestet werden, um bestätigt oder verworfen zu werden. Dies führt zu einer diagnostischen Entscheidung, die durch die Behandlung geprüft wird. Der Kreislauf mit Problemidentifizierung, Planung der notwendigen Behandlungsschritte, Umsetzung der Diagnose in einer Probebehandlung schließt sich mit therapeutischen und pflegerischen Techniken zur Erfolgskontrolle, um die diagnostische Entscheidung zu verifizieren oder zu falsifizieren und gegebenenfalls neue Behandlungsschritte einzuleiten (Edwards, Jones, Carr et al., 2004). Der Therapeut benötigt für dieses reflexive Vorgehen umfangreiches Fachwissen, Fertigkeiten im Clinical Reasoning Prozess, Kommunikationsfähigkeit und pädagogische Kompetenzen (Jones & Rivett, 2006).

Quelle: Sabine Ittlinger (2017). Evidenzbasierte physiotherapeutische Praxis in der Hochschulbildung: Das Kompetenzmodell „Physiotherapeutische Diagnostik.“ Dissertation, TUM School of Education, Susanne-Klatten-Stiftungslehrstuhl für Empirische Bildungsforschung: <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1377930/1377930.pdf>



Weiterführende Literatur

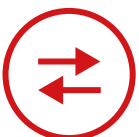


Haring, R., & Siegmüller, J. (2018). Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. In .: Springer Verlag.

[Clinical Reasoning am Beispiel der Ergotherapie](#) (Dauer 6:25 min)



e-tivity Kapitel 8: Wissenschaftlichen Text zu evidenzbasierter Praxis in den Berufsfeldern

1. Recherchieren Sie einen wissenschaftlichen Text zum Thema evidenzbasierte Praxis aus Ihrem Berufsfeld.
 2. Zitieren Sie den Text in korrekter (APA) Weise.
 3. Schreiben Sie eine Annotation.
- 
4. Posten Sie den wissenschaftlichen Text und die Annotation im entsprechenden Forum.
 5. Kommentieren Sie mindestens zwei Studien/ Annotationen Ihrer Kommiliton_innen aus anderen Berufsgruppen.

Woche 9: Akademisierung

Lernziel: Reflexion der Akademisierung in den Gesundheits- und Pflegeberufen

Material: Studienbegleitheft

e-tivity: Diskussion von Akademisierung und Wissenschaftlichkeit in interprofessionellen Arbeitsgruppen

9.1 Akademisierung der Gesundheitsberufe

Das Gesundheitswesen erfährt derzeit eine Reihe an Veränderungen, die zu neuen Anforderungen im Versorgungs- und Qualifizierungsbereich führen. Neue Herausforderungen im Gesundheitswesen ergeben sich einerseits durch den demographischen Wandel sowie andererseits durch ein **verändertes, komplexeres Krankheitspektrum** (epidemiologischer Wandel), das auf die veränderte Altersstruktur und sich ändernde Lebensgewohnheiten in der Bevölkerung zurückzuführen ist. Hierdurch entwickeln sich wiederum neue Versorgungsbedarfe in den Leistungsangeboten der medizinischen, ambulanten und stationären Behandlung und Pflege sowie in den Versorgungsstrukturen in der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation (SVR 2010). Um diesen **veränderten strukturellen Anforderungen** an die Qualifikation in den Gesundheitsfachberufen begegnen zu können, wurden den Bundesländern 2009 durch die Einführung von Modellklauseln in die Berufsgesetze der Ergotherapie, der Hebammenkunde, der Logopäden sowie der Physiotherapie die Möglichkeit gegeben, in den betreffenden Berufen im Rahmen von Modellstudiengängen zunächst bis Ende 2017 eine Ausbildung auf Hochschulebene zu erproben. Die Modellklausel wurde um weitere vier Jahre bis 2021 verlängert. Für die Pflegeberufe wurde diese Option bereits mit der Verabschiedung der einschlägigen Berufsgesetze geschaffen. Aus einer hochschulischen Perspektive ist der

Aufbau der grundständigen Studiengänge in den Gesundheitsberufen als eine wichtige Erweiterung des akademischen Studienangebots in Deutschland zu betrachten, durch welche auch die **internationale Anschlussfähigkeit** der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen gewährleistet wird.



Merkkasten Akademisierung Warum?

Die Akademisierung der Gesundheitsberufe trägt zum Erwerb eines **wissenschaftlich fundierten Kompetenzprofils** bei. Dieses zeichnet sich u. a. darin aus, dass es die Absolvent_innen der Studiengänge bei ihren Behandlungen und Betreuungen, die Patient_innen in den Mittelpunkt stellen und diese auf Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse durchführen. In der hochschulischen Ausbildung lernen sie kritisch mit bestehendem theoretischem und praktischem Wissen umzugehen und sich an der Entwicklung neuen Wissens durch Forschung zu beteiligen. Sie sind in der Lage, komplexe Probleme, die sich in der Gesundheitsversorgung ergeben, zu analysieren und mit besten wissenschaftlichen Nachweisen (Evidenzen) zu lösen. Akademisch ausgebildete Vertreter_innen der Gesundheitsberufe lernen neue Verfahrensweisen im Umgang mit Fragestellungen die es ihnen ermöglichen, an der Entwicklung von Konzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken. Sie lernen diese in der direkten Versorgung von Patient_innen mit den anderen Berufen im Gesundheitswesen interprofessionell zu kommunizieren und beteiligen sich an Qualitätsmanagementkonzepten, die die Grundlage einer zukunftsorientierten Versorgung sind.

Eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe, die mit einer **Verwissenschaftlichung der Berufe** einhergehen muss und sich in dem Aufbau wissenschaftlicher Disziplinen zeigt, darf, wenn sie wissenschaftlichen Anforderungen genügen will, jedoch nicht zu einer

Verberuflichung der Wissenschaft führen. Die zum Teil formulierte Anforderung aus Praxis und Politik, dass sich die akademisierenden Gesundheitsberufe als praktisch orientierte Berufe im Hochschulbereich vorrangig an einer Verwertbarkeit der Wissenschaft ausrichten sollten, vernachlässigt eine **kritisch wissenschaftliche Betrachtung der Praxis**. Erst diese Betrachtung ermöglicht jedoch den professionellen Zugang zum Feld.

Die akademischen Berufe der Gesundheitsversorgung wirken in einem prinzipiell auf allen Ebenen arbeitsteilig organisierten Gesundheitswesen zusammen. Dabei ist die Frage der Aufteilung von Aufgaben und Verantwortungen im Gesundheitswesen von Rechtsunsicherheiten geprägt. Allerdings ist neben der Komplexität der Versorgungsaufgabe insbesondere die Qualifikation der Berufe und ihrer einzelnen Angehörigen maßgebend für die im juristischen Einzelfall zu klärende Frage, ob eine Aufgabe von Beschäftigten der Gesundheitsfachberufe und gegebenenfalls mit welchen Sorgfaltspflichten für die Ärztinnen und Ärzte übernommen werden kann oder nicht. Die (akademische) Qualifikation kann vor diesem Hintergrund als wesentlicher Treiber betrachtet werden, um andere Berufe – auch rechtlich – vermehrt in die Lage zu versetzen, Aufgaben der Gesundheitsversorgung eigenständig zu übernehmen (**Eigenständigkeit**).

9.3 Zur Wissenschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung

Die in den letzten Jahren stattgefundenen Entwicklungen in den Gesundheitsfachberufen firmieren häufig unter dem Begriff der Akademisierung. Diese Entwicklung wird oft vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Berufsqualifizierung betrachtet. Darüber hinaus umfasst der mit der Akademisierung verbundene Prozess der wissenschaftlichen Disziplinbildung auch den Auf- und Ausbau von eigenständiger Forschung und damit verbundenen wissenschaftlichen

Karrierewegen. Von verschiedenen Seiten wird genuiner (aus den Berufsfeldern heraus entwickelt) Forschungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen konstatiert. Zum Stand der dezidiert auf die Bereiche von Pflege und Therapie bezogenen Forschung liegen so gut wie keine spezifischen empirischen Daten vor. In der Systematik der forschungsfördernden Institutionen wird kein entsprechender Bereich ausgewiesen, was Aussagen über vorhandene Forschungsleistungen sehr erschwert. Der Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung hat im Dezember 2011 Empfehlungen zur Forschung in den Gesundheitsfachberufen abgegeben und ein entsprechendes Konzeptpapier erarbeitet. Die Informationen zeigen, dass an deutschen Hochschulen eine auf die Pflege, die Therapieberufe und die Geburtshilfe bezogene Forschung – verglichen mit der Forschung in den Lebenswissenschaften insgesamt – lediglich in geringem Ausmaß vorhanden ist und überwiegend auf Individualforschung (von einzelnen Forscher_innen durchgeführt) zurückgeführt werden kann. Drittmittelbasierte Gruppenförderinstrumente (in einer Forschungsgruppe durchgeführt) befinden sich noch weitestgehend im Aufbau.

Die Etablierung und Schärfung genuiner pflege- und therapiewissenschaftlicher Forschungsprofile und die damit letztlich erst ermöglichte Bildung eines disziplinären Selbstverständnisses, das sich von den jeweiligen Bezugsdisziplinen der Biomedizin und Naturwissenschaften, der Sozial- und Erziehungswissenschaften, der Geisteswissenschaften und Philosophie und der Psychologie absetzt, befinden sich noch in der Entwicklung. An deutschen Universitäten existieren insgesamt sechs Institute für Pflegewissenschaft:



- An der [Charité – Universitätsmedizin Berlin](#) und an der [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg](#) gehören die Institute mit

jeweils zwei Lehrstühlen zu den entsprechenden Medizinischen Fakultäten.

- An der [Universität Witten/Herdecke](#) existiert ein Department für Pflegewissenschaft mit fünf Lehrstühlen innerhalb einer Fakultät für Gesundheit, die außerdem aus human- und zahnmedizinischen Departments besteht.
- An der [Universität Bielefeld](#) und der [Universität Bremen](#) gehören die pflegewissenschaftlichen Institute zu einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften (ohne Human- oder Zahnmedizin).
- An der einer [Universität gleichgestellten Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar](#) gibt es eine aus vier Lehrstühlen bestehende eigene Fakultät für Pflegewissenschaft. In Deutschland wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung 2004 der Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“ zum Aufbau der Pflegewissenschaft initiiert.

Darüber hinaus bietet insbesondere die im Ausland, allen voran in den Vereinigten Staaten von Amerika, bereits seit Längerem etablierte Pflegeforschung verschiedene Anknüpfungspunkte für den Auf- und Ausbau von pflegewissenschaftlicher Forschung in Deutschland. In der Therapiewissenschaft existieren dagegen noch keine universitären Lehrstühle, die mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus der jeweiligen Berufspraxis besetzt wären. Forschung innerhalb von Gruppenförderinstrumenten befindet sich allenfalls im Aufbau.

Eine Sonderrolle nimmt innerhalb der Therapiewissenschaft allerdings die Logopädieforschung ein. Auf Grund der engen Bezüge zu traditionell universitären Disziplinen wie den Sprachwissenschaften oder der Neurolinguistik existiert hier bereits eine breite Forschungsbasis. Auch existieren an Universitäten bereits mehrere Lehrstühle für Logopädie; diese sind jedoch bisher fast ausnahmslos

mit Wissenschaftler_innen besetzt, die selbst über keine oder nur sehr geringe logopädische Berufserfahrung verfügen. Eine genuin logopädische Forschung in Abgrenzung zu sprach- und neurowissenschaftlicher Forschung existiert daher bisher ebenfalls nur sehr eingeschränkt.

Das Konzept des Gesundheitsforschungsrates (siehe auch „Weiterführende Literatur“ in diesem Kapitel) beschreibt vor diesem Hintergrund das Erfordernis, die pflege- und therapiewissenschaftlichen Forschungspotenziale stärker zu nutzen. Mit Blick auf die Herausforderungen für die künftige Gesundheitsversorgung wird dabei insbesondere die anwendungsorientierte Forschung hervorgehoben. Die Evidenzbasierung pflegerischer und therapeutischer Interventionen (Translationsforschung), die systematische Überprüfung des Nutzens derselben (Klinische Forschung) und etwaige, darauf basierende Überführungen in die Routineversorgung (Versorgungsforschung) werden in den Vordergrund gestellt.

9.3.1 Wissenschaftliche Karrierewege in den gesundheitsversorgungsbezogenen Hochschulbereichen

Mit der Frage nach der Wissenschaftlichkeit ist die Frage nach den Karrierewegen innerhalb der gesundheitsbezogenen Hochschulbereiche eng verknüpft. Mit Blick auf Ausbildungsleistungen der Gesundheitswissenschaften erfüllen angemessene wissenschaftliche Karrierewege vor allem zwei Ziele. Erstens wird über sie allererst das erforderliche Lehrpersonal geschaffen, das in Zukunft die Qualifizierungswege zu gestalten und die damit einhergehenden Ausbildungsaufgaben auszufüllen imstande ist. Zweitens führen wissenschaftliche Karrierewege zu eigenständiger Forschung und neuen Erkenntnissen, die Eingang in die Ausbildung an Hochschulen finden und eine forschungsbasierte Lehre auf der Höhe des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ermöglichen.

Vor dem Hintergrund des dargelegten Entwicklungsstandes in den Gesundheitsfachberufen liegt nahe, dass pflege- und therapiewissenschaftliche Karrierewege nicht oder nur in sehr geringem Ausmaß existieren. Möglichkeiten zur Promotion in diesen Fächern bestehen nur sehr vereinzelt. Die Amtliche Statistik weist für das Jahr 2009 beispielsweise lediglich 39 Promotionen im Bereich Gesundheitswissenschaften allgemein aus. Doktorand_innen mit einem Interesse an einer Dissertation im Bereich der Pflege- oder der Therapiewissenschaft promovieren häufig in den jeweiligen Bezugsdisziplinen oder anderen benachbarten Fächern. Die dabei entstehenden Dissertationen in den Fächern der Biomedizin und Naturwissenschaften, der Sozial- und Erziehungswissenschaften, der Geisteswissenschaften und Philosophie oder der Psychologie leisten häufig nur einen geringen Beitrag zum Auf- und Ausbau einer dezidierten Pflege- und Therapiefor schung. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass der Großteil des pflege- und therapiewissenschaftlichen Personals an Fachhochschulen tätig ist, die über kein eigenständiges Promotionsrecht verfügen. An deutschen Universitäten existieren hingegen lediglich einige wenige pflegewissenschaftliche und keine therapiewissenschaftlichen Institute, die Möglichkeiten zu einer thematisch den Gesundheitsfachberufen eindeutig zuzuordnenden Promotion bieten. Wo solche Möglichkeiten bestehen, bleiben sie auf Grund von häufig fehlenden Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten nicht selten den wenigen Absolvent_innen universitärer Studiengänge vorbehalten. Strukturierte Promotionsprogramme, die insbesondere auch auf die Interdisziplinarität von Pflege- und Therapiewissenschaft abzielen, existieren ebenfalls nur in sehr geringer Anzahl. Hier sind insbesondere [Forschungskollegs der Robert Bosch Stiftung](#), des [Bundesministeriums für Bildung und Forschung](#) und der [Hans-Böckler-Stiftung](#) zu nennen. Dieser Situation entspricht, dass die an die Promotion anschließenden Karrierephasen auf eine wissenschaftliche Verortung in anderen Disziplinen zulaufen.

Postdoktorand_innen, deren Forschungstätigkeit sich ausschließlich auf die Pflege- und Therapiewissenschaft richtet, gibt es in Deutschland im Grunde nicht. In Ermangelung eindeutiger Karrierewege in Deutschland gehen viele derjenigen, die sich als Pflege- und Therapiewissenschaftler_innen qualifizieren wollen, für die Promotions- und/oder Postdoktorandenphase ins Ausland oder nehmen Umwege über benachbarte Fächer an inländischen Universitäten in Kauf. Hierzu liegen zwar keine konkreten Zahlen vor; es kann jedoch beobachtet werden, dass Hochschulen mit neuen Studiengängen in diesen Fächern zur Gewinnung von Lehrpersonal häufig nach Rückkehrer_innen aus dem Ausland oder aus benachbarten Fächern im Inland suchen.

Quelle: Wissenschaftsrat (2012) „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

Weiterführende Literatur



Deutsche Medizinische Wochenschrift (2012=). Forschung in den Gesundheitsberufen. Supplement Nr. 2
https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf

Friedrich, A. & Schaub, H. A. (2011). Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektiven. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 28(4), 1-7.
(<http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml>)

Robert Bosch Stiftung. (1992). Pflege braucht Eliten. Gerlingen: Bleicher Verlag.

Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin: Selbstverlag.



e-tivity Kapitel 9: Akademisierung Warum?

Für diese e-tivity ist eine synchrone Lehr- und Lernveranstaltung geplant. Die nachstehende Aufgabe dient der Vorbereitung dieser Online-Präsenz-Veranstaltung.

1. Lesen Sie zunächst den folgenden Artikel:



Simon, A., Flaiz B. (2015). Akademisierung in der Pflege sehen Ärzte kritisch. *Heilberufe/ Das Pflegemagazin* 67(12), 24. DOI 10.1007/s16024-015-0253-4

2. Und schauen Sie sich das Interview mit [Prof. Dr. Björn Maier](#) an (Dauer: 6:11 min).
3. Tragen Sie in Ihren monoprofessionellen Arbeitsgruppen die aktuellen Positionen der Berufsverbände zur Akademisierung zusammen.

4. Bereiten Sie diese Inhalte in Form einer PowerPoint Präsentation vor.
5. In der Online-Präsenz tragen Sie dann die Positionen Ihrer Berufsverbände vor.
6. Gemeinsam vergleichen und diskutieren wir die Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Begründungen für die Akademisierung.



Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1:	Reguläre Lehr- und Lernwoche	11
Tabelle 2:	Zitierformen nach Anzahl der Autor_innen	35
Tabelle 3:	Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen	42
Tabelle 4:	Vergleich qualitative und quantitative Forschung	63
Tabelle 5:	Die 5 Schritte der evidenzbasierten Praxis	68
Tabelle 6:	Stufen der Kompetenzentwicklung	75
Abbildung 1:	Typische Gliederung einer Abschlussarbeit	20
Abbildung 2:	Beispiel einer Zitation und Annotation	38
Abbildung 3:	Forschungsverlauf	51
Abbildung 4:	Epistemologie, Methodologie und Methode	52
Abbildung 5:	Schematische Darstellung von Falsifikation	57
Abbildung 6:	Ergebnisse einer Studie zur Patient_innepräferenz	78

Linkverzeichnis

Gendergerechte Sprache

- [Gendermainstreaming an der ASH Berlin](#)
- [Bundesministerium für Wissenschaft, Bildung und Forschung: Geschlechtergerecht Formulieren](#)
- [Gender Institut Bremen](#)

Albert Einstein

[Albert Einstein](#)

Friedrich Rost

[Friedrich Rost](#)

Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten

- [bachelorprint.de](#)
- [ASH Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis](#)
- [Memorandum zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgesellschaft \(DFG\)](#)

Einführung in eine Forschungsreise

[Einführung in die qualitative Forschung – Eine Forschungsreise.](#)

Evaluationsmethoden

<http://www.sqa.at/course/view.php?id=159>

World Confederation for Physical Therapy

[World Confederation for Physical Therapy](#)

Clinical Reasoning am Beispiel der Ergotherapie

[Clinical Reasoning am Beispiel der Ergotherapie](#)

Verlängerung der Modelklausel

[Die Modelklausel wurde um weitere 4 Jahre bis 2021 verlängert](#)

Institute für Pflegewissenschaften an deutschen Universitäten

- [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg](#)
- [Charité – Universitätsmedizin Berlin](#)
- [Universität Witten/Herdecke](#)
- [Universität Bielefeld](#)
- [Universität Bremen](#)
- [Universität gleichgestellten Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar](#)

Robert Bosch Stiftung

[Forschungskollegs der Robert Bosch Stiftung](#)

Bundesministerium für Bildung und Forschung

[Bundesministeriums für Bildung und Forschung](#)

Hans-Böckler-Stiftung

[Hans-Böckler-Stiftung](#)

Literaturverzeichnis

*Mit Stern gekennzeichnete Referenzen sind Pflichtlektüre

*Adam, M. (2001). Wissenschaft im Alltag: Sind Alltagswahrnehmungen theoriebeladen? In H. Franz, W. Kogge, T. Möller & T. Willholt (Hrsg.). Wissensgesellschaft. Transformationen im Verhältnis von Wissenschaft und Alltag. Tagung vom 13.-14. Juli 2000 an der Universität Bielefeld. IWT-Papier 25. Bielefeld 20015. (<http://archiv.ub.uni-bielefeld.de/wissensgesellschaft>)

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6. Aufl.). Washington, D.C.: American Psychological Association. In diesem Handbuch sind alle erdenklichen Publikationsformen und ihre korrekte Zitierweise gelistet.

Aeppli, J., Gasser, L., Schärer, A. T., & Gutzwiller, E. (2016). Empirisches wissenschaftliches Arbeiten: ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften. UTB.

Baur, N., & Hering, L. (2017). Die Kombination von ethnografischer Beobachtung und standardisierter Befragung. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(2), 387-414.

Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B., & Schweer, M. K. (Eds.). (2015). *Zusammen-Arbeit-Gestalten: Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Springer-Verlag.

Beinke, C., Brinkschulte, M., Bunn, L., & Thürmer, S. (2016). *Die Seminararbeit: Schreiben für den Leser* (Vol. 8390). UTB.

Friedrich, A. & Schaub, H. A. (2011). Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektiven. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 28(4), 1-7. (<http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml>)

Gäckle, K. (2016). Forschen mit Reflexion. In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 19-26). Springer Spektrum, Berlin, Heidelberg.

Haring, R., & Siegmüller, J. (2018). Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. In :. Springer Verlag.

*Hidalgo, O. (2016). Gayatri Chakravorty Spivak: Can the Subaltern Speak?, in: Cary Nelson/Lawrence Grossberg (Hg.): *Marxism and the Interpretation of Culture*, University of Illinois Press: Urbana 1988, S. 271–313 (dt. Can the Subaltern Speak? Postkolonialität und subalterne Artikulation, Turia+ Kant: Wien/Berlin 2008, 159 S.). In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 361-365). Springer VS, Wiesbaden.

Ittlinger, S. (2017). Evidenzbasierte physiotherapeutische Praxis in der Hochschulbildung: Das Kompetenzmodell „Physiotherapeutische Diagnostik.“ Dissertation, TUM School of Education, Susanne-Klatten-Stiftungslehrstuhl für Empirische Bildungsforschung: <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1377930/1377930.pdf>

*Kromrey, H. (2013). *Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung* (Vol. 1040). Springer-Verlag.

Kühtz, S. (2016). *Wissenschaftlich formulieren: Tipps und Textbausteine für Studium und Schule* (Vol. 3471). UTB.

Leitfaden für Wissenschaftliche Hausarbeiten an der Abteilung Vergleichende und Internationale Erziehungswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin

Literatur recherchieren und beschaffen. Eine Anleitung für Studierende der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

<https://blog.hslu.ch/bibliothek/files/2009/05/skript-literaturrecherche.pdf>

Mangold, S. (2011). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio-und Ergotherapie*. Berlin. (insbesonder Kap 1 und 2)

Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 2(1), Artikel 6.

Meyer, G., Balzer, K., & Köpke, S. (2013). Evidenzbasierte Pflegepraxis–Diskussionsbeitrag zum Status quo. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(1), 30-35.

Paierl, D. L., & Hart, P. (2016). Zwischen Sterben und Wirtschaften. In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 263-271). Springer Berlin Heidelberg.

Posselt, S. (2016). Proteste am Zuckerhut. In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 199-205). Springer Berlin Heidelberg.

*Reese-Schäfer, W. (2016). Niklas Luhmann: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie, Frankfurt: Suhrkamp 1984, 674 S. In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 350-353). Springer VS, Wiesbaden.

Robert Bosch Stiftung. (1992). Pflege braucht Eliten. Gerlingen: Bleicher Verlag.

*Röbken, H., & Wetzel, K. (2017). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden*. Carl von Ossietzky Universität. https://uol.de/fileadmin/user_upload/c3l/Studiengaenge/BWLSportler/Download/Leseproben/bwlsport_leseprobe_qual_quant_forschungsmethoden.pdf

*Rensmann, L. (2016). Hannah Arendt: The Origins of Totalitarianism, Hartcourt Brace Jovanovich: New York 1951, 477 S.(dt. Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft, Europäische Verlagsanstalt: Frankfurt 1955, 782 S.). In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 187-192). Springer VS, Wiesbaden.

*Schwentner, L., & Janni, W. (2014). Literaturrecherche. Strategien zur Orientierung im Literatur-Dschungelcamp. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74(03), 205-207.

*Simon, A., Flaiz B. (2015). Akademisierung in der Pflege sehen Ärzte kritisch. *Heilberufe/ Das Pflegemagazin* 67(12), 24. DOI 10.1007/s16024-015-0253-4

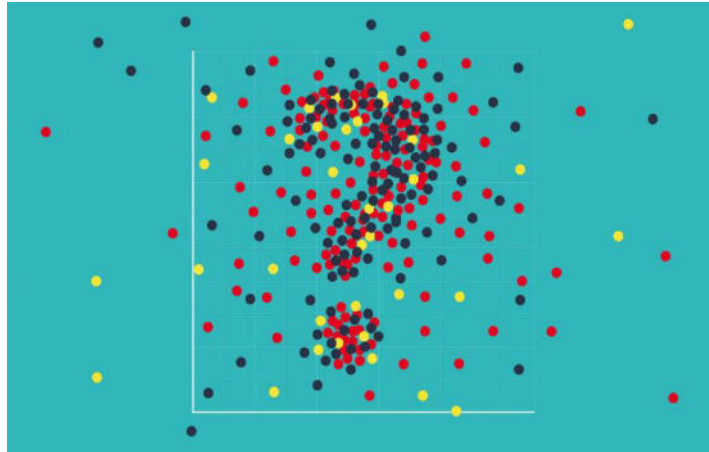
Thole, W. (2012). *Grundriss Soziale Arbeit–Eine einführendes Handbuch; VS-Verlag für Sozialwissenschaften*. ISBN 3-531-14832-X, Wiesbaden 2005 Boeckh, Jürgen/Huster, Ernst-Ulrich/Benz, Benjamin: Sozialpolitik in Deutschland–Eine systematische Einführung.

*van Ooyen, R. C. (2016). Karl R. Popper: The Open Society And Its Enemies: The Spell of Plato (Vol. 1); The High Tide of Prophecy: Hegel, Marx, and the Aftermath (Vol. 2), Routledge: London 1945, 620 S.(dt. Die offene Gesellschaft und ihre Feinde. Erster Band: Der Zauber Platons; Zweiter Band: Falsche Propheten: Hegel, Marx und die Folgen, Bern 1957, 918 S.). In *Klassiker der Sozialwissenschaften* (pp. 163-167). Springer VS, Wiesbaden.

Wintzer, J. (2016). Was ist „gute“ Forschung?. In *Qualitative Methoden in der Sozialforschung* (pp. 3-10). Springer Berlin Heidelberg

Wissenschaftsrat (2012) „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

D2 – Quantitative Forschungsmethoden



Quelle: Guardian Design

Impressum

Modulentwicklung:

Prof. Dr. Annette Baumgärtner PhD

Modulüberarbeitung:

André Heinz

Modulverantwortung:

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

1.	Struktur und Aufbau des Moduls	3
1.1	Prüfungsleistung	7
1.2	Lernziele.....	8
2.	Wocheninhalte	10
2.1	Woche 1: Der quantitative Forschungsprozess	10
2.2	Woche 2: Beschreibende (deskriptive) Statistik	13
2.2.1	Korrelation und Kausalität (optional).....	16
2.3	Woche 3: Zusammenhängende (bivariate) Statistik	17
2.4	Woche 4: Untersuchungsdesigns	19
2.5	Woche 5: Gütekriterien	21
2.6	Woche 6: Komponenten eines Forschungsexposés	24
2.7	Woche 7: Ethische Richtlinien	25
2.8	Woche 8: Datenaufbereitung	26
2.9	Woche 9: Grafische Darstellung von Daten.....	27
2.10	Woche 10: Wissenschaftliche Redlichkeit und Vorbereitung der Präsenzphase	28
2.11	Präsenzphase	30
3.	Literatur	31

1. Struktur und Aufbau des Moduls

In den kommenden zehn Wochen geht es darum, dass Sie einen vertieften Einblick in die quantitative Forschung gewinnen. Die Inhalte des Moduls können grob in drei Abschnitte untergliedert werden. Im ersten Abschnitt (Woche 1 bis 3) werden Ihnen die notwendigen statistischen *Grundkenntnisse* vermittelt. Dazu gehört ein besseres Verständnis für die statistische „Denkweise“ (Warum wird quantifiziert?), Klärung der statistischen Grundbegriffe und Gütekriterien (Wie sind die wissenschaftlichen Kernansprüche definiert?) sowie die beschreibende Statistik (Häufigkeiten, Mittelwerte, etc.) mit einem Ausblick auf die schließende Statistik (Zusammenhangsanalyse).

Im zweiten Abschnitt (Woche 4 bis 7) geht es thematisch um die *Planung und Durchführung* von Erhebungen. Dazu gehört die Formulierung einer Forschungsfrage und das Ableiten einer Hypothese, basierend auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen. Aus der Forschungsfrage resultieren weitere Fragen zum Forschungsdesign (dem Konzept einer Untersuchung), welche sowohl das methodische Vorgehen strukturieren aber auch ethische und rechtliche Aspekte (Datenschutz und -sicherheit) umfassen.

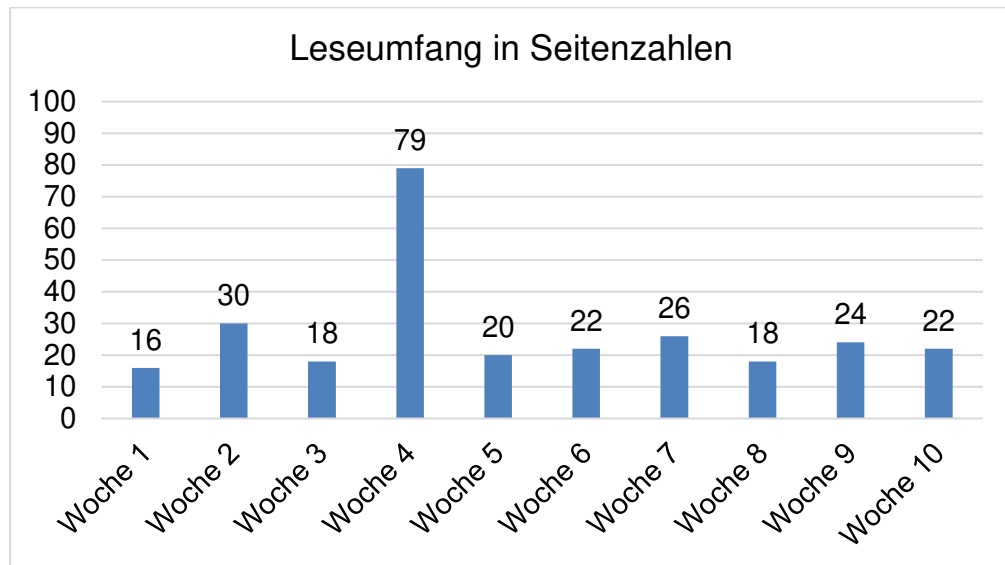
Der dritte Abschnitt (Woche 8 und 10) befasst sich mit der *Auswertung und Präsentation* von Forschungsprojekten. Dazu gehört die Interpretation und grafische Darstellung von Forschungsergebnissen gefolgt von einer Präsenzphase an der ASH mit dem inhaltlichen Schwerpunkt auf Ihre Prüfungsleistung sowie einem Einblick in die praktische Datenauswertung mit dem Statistikprogramm SPSS.

Die Wocheninhalte sind so aufgebaut, dass Sie zunächst eine kurze Zusammenfassung der zentralen Inhalte lesen werden, aus den die Relevanz für die quantitative Forschung hervorgeht (Worum geht? Warum ist das wichtig?), gefolgt von den Angaben zu den Kapiteln, welche Sie bitte lesen sollen. Die gesamte Literatur finden Sie vollständig auf Moodle - bzw. die Links

zu den Volltexten. Als Vorbereitung auf dieses Modul laden Sie sich bitte die Pflichtliteratur herunter. In jeder Woche gibt es eine Aufgabe in Form einer *e-tivity*, welche dazu dient das Gelesene, auf eine konkrete Situation bezogen, anzuwenden. Die jeweilige e-tivity zu den einzelnen Wochen finden Sie ebenfalls auf Moodle.

Begleitet werden Sie durch die Lehrenden in Form von Sprechstunden, welche alle ca. zwei Wochen stattfinden werden - aber keine Pflichtveranstaltung darstellen. Die genauen Termine finden Sie auf Moodle. Darüber hinaus kann der kontinuierliche Austausch mit Ihren Kommilitoninnen konstruktiv sein. Bei Gruppenaustausch geben Sie dazu bitte wie auch in den anderen Modulen wertschätzendes, kollegiales und konstruktives Feedback. Ihre Anmerkungen und Vorschläge werden umso hilfreicher sein, je konkreter Sie sie formulieren. Statt pauschal zu kommentieren „Hier solltest Du spezifischer sein“ wird daher ein Kommentar wie „Hier könntest Du noch X oder Y beispielhaft einfügen, um klar zu machen, worum genau es hier geht“ oder eine Rückfrage wie „meinst Du hier X? Oder ist Y gemeint?“ am hilfreichsten für Ihre Mitstudierenden sein.

Der Leseumfang variiert in den kommenden Wochen, beträgt jedoch im Durchschnitt ca. 25 Seiten. Wie sich Ihr Lese-Aufwand verteilt, sehen Sie anhand der folgenden Abbildung:



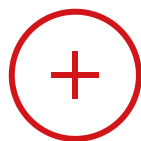
Bei der Darstellung der Wocheninhalten wurden verschiedene Symbole verwendet, welche die Unterscheidung zwischen ergänzenden Informationen, Pflichtlektüre sowie optionalen Vertiefungen und Tipps verdeutlichen sollen. Die Folgenden Symbole wurden dafür verwendet:



Informationen



Pflichtlektüre



optionale Vertiefungen



Tipps

Die Erfahrungen aus früheren Semestern haben gezeigt, dass die individuellen Vorkenntnisse zu quantitativen Forschungen unter den Studierenden oft heterogen sind und das Interesse an ergänzenden Vertiefungen variiert bzw. die zeitlichen Ressourcen dafür. Um abseits der Pflichtlektüren einen variablen Studieninhalt zu gewährleisten, gibt es in diesem Modul mehrere Vertiefungen und Hinweise zu weiterführenden

Materialien die optional sind. Diese Inhalte sind explizit kein Gegenstand der Prüfungsleistung - sie dienen ausschließlich Ihrem persönlichen Interesse.

Ein Kommentar zur verwendeten Literatur bzw. Material: Gelegentlich werden Sie gebeten, einen Text aus einem populärwissenschaftlichen Buch zu lesen, an einem populärwissenschaftlichen Quiz teilzunehmen, oder sich einen Medienbeitrag anzuhören oder anzuschauen. Diese Materialien sind als Quellen zum eigentlichen wissenschaftlichen Arbeiten nicht geeignet. Dennoch sind sie Teil dieses Studienbegleithefts, da sie in der Regel von Wissenschaftlern entwickelt wurden und komplexe Sachverhalte gut und knapp auf den Punkt bringen. Außerdem lockern sie den Stoff etwas auf.

1.1 Prüfungsleistung

Die Prüfungsleistung dieses Moduls besteht aus einer ersten Forschungsskizze, in die alle Inhalte dieses Seminars einfließen sollen. Vor Abgabe haben Sie die Möglichkeit, Ihre Forschungsskizze in der abschließenden Präsenzphase im Plenum vorzustellen, und die Rückmeldung Ihrer Kommiliton*Innen und des Lehrenden einzuholen. Danach haben Sie noch eine gute Woche Zeit, um die Kommentare in Ihre Skizze vor der Einreichung ggf. einzuarbeiten. Während der Veranstaltung erhalten Sie Vorgaben zur Erstellung dieser Skizze. Sie können diese Skizze als ersten Entwurf Ihrer Bachelorarbeit betrachten, oder sie verwerfen, falls Sie sich später für ein anderes Projekt entscheiden. In jedem Fall wird es hoffentlich eine gute Lernerfahrung für Sie sein, einmal ein Forschungsprojekt als Blaupause entworfen zu haben, dass Sie im Modul D4 „Forschungsprojekt Praxis“ erproben können, sofern Sie sich für eine quantitative Forschungsleistung entscheiden.

Die Vorgaben für die Erstellung der Forschungsskizze werden Ihnen auf Moodle zur Verfügung gestellt. Bitte richten Sie sich hinsichtlich dem Aufbau, der Struktur und Gliederung Ihrer Forschungsskizze nach dem Leitfaden von Chojnacki (2006). Sie finden in diesem auch inhaltlichen Überlegungen, welche Ihren Forschungsprozess prägen sollten. Es empfiehlt sich, möglichst frühzeitig mit dieser Lektüre vertraut zu machen. Wie die einzelnen Abschnitte der Forschungsskizze beurteilt werden und zu welchen Anteilen diese in die Benotung einfließen, finden Sie in den Vorgaben zur Prüfungsleistung des Lehrenden. Als Hilfestellung werden Ihnen zudem drei anonymisierte Forschungsskizzen aus früheren Semestern zur Verfügung gestellt, an denen Sie sich gerne orientieren können.

1.2 Lernziele

Das Ziel dieses Moduls besteht nicht darin, die Themen der kommenden Wochen allumfassend zu durchdringen. Vielmehr geht es (beim Bachelor-Niveau) um die Aneignung von Kompetenzen zur Planung, Durchführung und kritischen Reflexion von Untersuchungen. Dazu gehören u.a.: Wissen um die Möglichkeiten statistischer Instrumente; Bedeutung und Aussagekraft von Parametern einschätzen können (und deren Begrenzung); Quanti- und qualitative Forschungsmethoden als Weg zur Annäherung an Wirklichkeiten und das Aufdecken von Zusammenhängen zu verstehen; sowie wissenschaftliche Diskurse, als schriftliche Debatten, mit Argumenten und Beweisen zu begreifen, die durch Transparenz überprüfbar sein müssen. Insofern geht es in diesem Modul eher um einen vertiefenden Überblick.

Die Studierenden . . .

... kennen die zugrundeliegende Logik der quantitativen Forschung im Kontext der Wirklichkeit.

- Blickwinkel quantitativer Forschung auf die Wirklichkeit
- Forschungsprozess
- Methode des Operationalisierens

... können quantitative Forschungsmethoden anwenden.

- Deskriptive univariate Statistik: Häufigkeiten, Lagemaße, Streuungsmaße
- Bivariate Statistik: Korrelation, Regression, Kontingenz

... verstehen die Gütekriterien im Kontext quantitativer Forschung.

- Objektivität, Validität, Reliabilität
- Sinn von Gütekriterien in der quantitativen Forschung
- Stichprobe und response, Repräsentativität

... sind in der Lage, Forschungsergebnisse nachzuvollziehen, zu analysieren und ihre Bedeutung einzuschätzen.

- Skalenniveaus und ihre statistische Bedeutung
- Kausalität
- Odds Ratio, Konfidenzintervall, Chi-Quadrat, Signifikanz

... sind in der Lage, Fragestellungen und Forschungsdesigns für quantitative Untersuchungen zu entwickeln.

- Hypothesenbildung
- Entwicklung standardisierter Fragebögen (Fragentypen, Antworttypen, Fragebogaufbau)
- Vor- und Nachteile unterschiedlicher Studiendesigns (z.B. Querschnitt-, Längsschnitt-, Fall-Kontroll-Studie)
- Vor- und Nachteile unterschiedlicher Erhebungsinstrumente (z.B. Experiment, Befragung, Beobachtung)

... können wissenschaftliche Erkenntnisse erarbeiten.

- Datenaufbereitung: Plausibilitätsprüfung
- Datenauswertung mit Statistikprogrammen (z.B. SPSS, SAS, R, Excel)
- Interpretation von Daten: Darstellung, Datentransformation, Indices

... entwickeln einen Forschungsprozess aus dem eigenen Handlungsfeld.

- Planung eines eigenen Forschungsprojektes (Exposé mit Zeitplan)
- Sechs Kriterien für die Wahl des eigenen Forschungsthemas (persönliches Interesse, theoretische/methodische Vorkenntnisse, wissenschaftliche und praktische Relevanz, empirische Untersuchbarkeit, Betreuungsangebot)
 - ➔ *Durchführung, Auswertung und Publikation im 4. Semester Modul Forschungsprojekt Praxis*

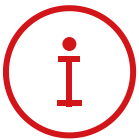
... berücksichtigen verschiedene Aspekte der Forschungsethik in ihrer eigenen Erhebung

- Ethische Richtlinien (z.B. Deklaration von Helsinki)
- Datenschutz, Anonymisierung
- Probandenaufklärung
- Studienabbruch aufgrund relevanter Zwischenergebnisse
- Ethikkommission

2. Wocheninhalte

2.1 Woche 1: Der quantitative Forschungsprozess

Was unterscheidet Alltagswissen von wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen? Die Art und Weise wie Antworten auf offene Fragen gesucht werden - kurz, die Methode. So beschreibt Schäfer (2016) in der Einleitung, dass das Planen und die systematische Durchführung von Untersuchungen (die Forschungsmethodik), die Voraussetzung für Erkenntnisfortschritte darstellen. Charakterisiert ist wissenschaftliches Vorgehen durch systematische Beobachtungen unter kontrollierten Bedingungen, die Organisation gewonnen Wissens in Hypothesen, Theorien und Modellen sowie die Systematisierung und Formalisierung der Theorien, um die Überprüfbarkeit der Erkenntnisse zu gewährleisten.

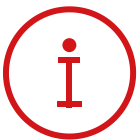


Der Erkenntnis- und Forschungsprozess (welcher auch Kreislauf verstanden werden kann) folgt einem wiederkehrenden Muster: Am Anfang steht eine Frage zu einem bestimmten Sachverhalt oder Phänomen. Zu diesem existieren i. d. R. bereits Erkenntnisse sowohl zu dessen Erklärung (in Form von Ansätzen oder Theorien) aber auch zu dessen Erkenntnislücken. Mit der Forschungsfrage sollen diese Erkenntnislücken bearbeitet werden. Die abgeleiteten Forschungshypothesen (begründete Behauptungen) müssen zur Bearbeitung „messbar“ gemacht werden (operationalisiert). Ähnlich wie ein_e Handwerker_in, das richtige Werkzeug für die Bearbeitung des Materials wählen muss, gilt es bei diesem Arbeitsschritt ein geeignetes Instrument zu wählen, bzw. selbst zu konstruieren. Anschließend erfolgt die Erhebung der Untersuchungsdaten. Die Befunde der quantitativen Untersuchung resultieren aus der statistischen Auswertung der erhobenen Daten und deren Interpretation, welche i. d. R. neue Fragen aufwerfen und wieder den Anfang einer neuen Untersuchung markieren.



Lesen Sie aus dem Buch *Methodenlehre und Statistik* (Schäfer, 2016) aus Kapitel 1 („Die wissenschaftliche Sicht auf den Menschen“) den einleitenden Absatz sowie die Unterkapitel 1.1 („Wissen braucht Methode: Das Anliegen der Psychologie als Wissenschaft“) und 1.2 („Von der Frage zur Antwort: Der Erkenntnisprozess“) sowie aus Kapitel 2 („Grundbegriffe der Datenerhebung: Vom Mensch zur Zahl“) die Einleitung sowie das Unterkapitel 2.5 („Stichproben und Population“).

Notieren Sie sich weiterführende Fragen, die sich Ihnen beim Lesen der beiden Kapitel gestellt haben. Ihre Fragen werden in einem vom Lehrenden moderierten Adobe Connect Meeting gemeinsam diskutiert.



In diesen beiden Kapiteln (1.1 und 1.2) geht es um die Psychologie als empirische Wissenschaft (Sie werden nach dem Lesen verstehen, was mit ‚empirisch‘ gemeint ist). Das Zeichen Ψ in Abbildung 1.1 steht für den griechischen Buchstaben ‚Psi‘ und wird häufig als Symbol für das Fachgebiet Psychologie verwendet. Da die Pflege- und die Therapiewissenschaften wie die Psychologie den naturwissenschaftlichen empirischen Wissenschaften zuzuordnen sind, gilt der Inhalt dieser Kapitel in ähnlicher Weise für wissenschaftliches Denken und Handeln in den Pflege- und Therapieberufen.

Die beiden Kapitel verdeutlichen, wie wichtig die sogenannte Operationalisierung für den Forschungsprozess ist. Häufig scheitert ein gut geplantes Experiment an einer nicht ausreichend präzisen Operationalisierung der Funktion oder Leistung, die der Gegenstand der Untersuchung ist. D.h., die zu untersuchende Funktion oder Leistung wird nicht in einer Art und Weise definiert, dass sie messbar wird. Eine ausreichend präzise Operationalisierung ist ein wichtiger Dreh- und Angelpunkt im Forschungsprozess. Sie beeinflusst alle nachfolgenden Schritte dieses Prozesses, und kann, wenn sie schlecht durchgeführt wird, die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich mindern. Zudem wird verdeutlicht, dass statistische Daten nie selbsterklärend sind. Die Bedeutung ist immer abhängig von deren Interpretation. Es handelt sich lediglich um Hinweise zur Annäherung an

bestimmte Sachverhalte. Die Konstruktion der Zusammenhänge wird stets von den Wissenschaftlern vorgenommen.



Macht Musik Kinder schlauer? Anknüpfend an das was Schäfer (2016) beschreibt, wenn er über die Grenzen der empirischen Wissenschaft schreibt, ein Beispiel: Diverse Studien belegen einen Zusammenhang bei Kindern zwischen dem Erlernen eines Musikinstruments und überdurchschnittlichen kognitiven und sozialen Leistungen z. B. in Form von späterem beruflichen Erfolg oder einem hohen Intelligenzquotient - der sog. „Mozarterffekt“. Diesem unterstellten Wirkungszusammenhang widerspricht eine Metastudie (Zusammenfassung von existierenden Studien) indem sie eine systematische Verzerrung thematisiert: Viele der Musikforscher sind selbst Musiker. Der Podcast dazu:

https://www.deutschlandfunk.de/neurowissenschaften-wenn-musikforscher-voreilige-schluesse.676.de.html?dram:article_id=452845



Die Webseite des Statistischen Bundesamtes zum Gesundheitspersonal (<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Gesundheitspersonal.html>; Zugriff am 16.5.2020) bietet interessante Einblicke in Gesamtanzahl, regionale Verteilung und andere Kennwerte zu Personen, die im pflegerischen und therapeutischen Bereich tätig sind (u.U. zusammengefasst in größere Gruppen, wie z.B. „Nicht-ärztliche Therapie und Heilkunde“). Ihr Jahrgang bildet quasi eine sehr kleine Stichprobe dieser Population. Auch wenn Ihre Gruppe natürlich viel zu klein ist, um Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation aller im pflegerischen und therapeutischen Bereich Tätigen zuzulassen, können Sie sich übungshalber die Frage stellen, wie repräsentativ Ihre Kohorte als „Stichprobe“ für bestimmte Kennwerte der Gesamtgruppe ist. Es ist üblich, die Anzahl der Elemente (hier: Personen) in der *Population* oder *Grundgesamtheit* mit „N“ zu bezeichnen (z.B. spricht man von einer Grundgesamtheit von $N = 1.000$ Führungskräften in der Altenpflege in Deutschland im Jahr 2016), und die Anzahl der Elemente (hier: Personen) in der *Stichprobe* mit „n“ (z.B. befragt wurden $n = 10$ Führungskräfte in der Altenpflege im Großraum Hamburg).

2.2 Woche 2: Beschreibende (deskriptive) Statistik

Thematisch geht es in der zweiten Woche um die Transformation von menschlichen Verhaltens- oder Erlebenseigenschaften in quantifizierbare Zahlen und wie dieser Prozess durch die Forschenden definiert und damit beeinflusst wird. Schäfer (2016) spricht in diesem Zusammenhang von einer Übersetzungsleistung, bei der es gelingen sollte, dass empirische zu einem numerischen Relativ umzuwandeln. Gelingt dies weniger gut, wird von einem „Repräsentationsproblem“ gesprochen. Um dieses Problem näherungsweise zu lösen, gibt es drei Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) auf die in Woche 5 noch genauer eingegangen wird. Zum besseren Verständnis, des numerischen Relativs, geht Schäfer auf verschiedene Aspekte ein: Ausprägungsarten von Variablen (dichotom, kategorial, etc.); manifeste und latente Beobachtbarkeit oder auch unterschiedliche Skalenarten. Außerdem geht es in dieser Woche um Grundbegriffe der Statistik (z. B. Mittelwert oder Spannweite).

Das Korrelation keineswegs automatisch Kausalität bedeutet, verdeutlichen Bauer et al. (2014) anschaulich anhand von Scheinkorrelationen z. B. zwischen der Anzahl von Neugeborenen und Störchen. Um Statistiken kritisch zu hinterfragen, nennen die Autoren, ab der Seite 198, zehn goldene Regeln. Rowntree beschreibt es so: „*Handeln Sie als Konsument von Statistiken mit Vorsicht - als Produzent von Statistiken mit Anstand*“ (Rowntree 1981, zitiert nach Scherfer & Bossmann, 2006, S. 169).



Lesen Sie aus dem Buch *Methodenlehre und Statistik* (Schäfer, 2016) aus Kapitel 2 die Unterkapitel 2.1 bis 2.3 („Ohne Maßband oder Waage: Wie misst man die Psyche?“, „Variablen und Daten“ sowie „Daten auf unterschiedlichem Niveau: das Skalenproblem“) sowie die Unterkapitel 3.3 und 3.4 („Häufigkeitsverteilungen und Lagemaße“, „Streuungsmaße“).



Ergänzend zu der Pflichtlektüre besteht auch die Möglichkeit auf YouTube verschiedene Statistik-Kanäle zu besuchen. Unter anderem der Kanal „Kurzes Tutorium Statistik“. Den Link dazu finden Sie hier:

<https://www.youtube.com/channel/UCtBEklAtHHji2V1TsaTzZXw/videos>



Online-Module des Statistischen Bundesamts: In einer Modulreihe werden online-Kurse zu unterschiedlichen Themen bereitgestellt: z. B. Statistische Einheiten und Merkmale oder Grafiken, Tabellen und Karten erstellen. Den Link dazu finden Sie hier:

<https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/E-Learning/eLearning-statistik.html>

Das Skalenproblem



Weshalb spricht man eigentlich von einem Skalen*problem*? Das Problem besteht vor allem darin, dass Daten, die auf verschiedenen Messniveaus erhoben wurden, nicht miteinander vergleichbar sind. Es verhält sich nämlich so, dass der Informationsgehalt der Daten von der Nominalskala bis hin zur Verhältnis-(Ratio-) Skala zunimmt (siehe Tabellen 1 und 2). Zwar können Daten im Nachhinein von einem höheren (z.B. metrischen) auf ein niedrigeres (z.B. Skalenniveau transformiert werden – umgekehrt ist das jedoch nicht möglich. Damit entscheiden die Skalenniveaus der Variablen darüber, welche Rechenoperationen mit den entsprechenden Daten durchgeführt werden können, d.h. welche statistischen Tests angewendet werden können. Berechenbar (und interpretierbar) sind nur Daten, die auf einer metrischen Skala erhoben wurden.

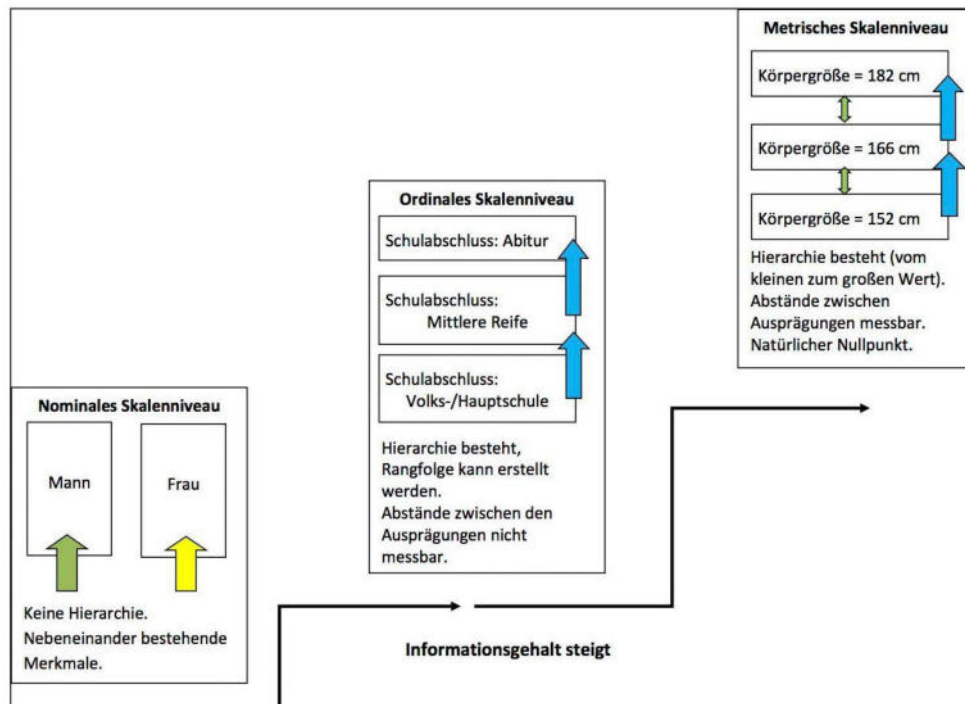
Machen Sie sich nun mit den beiden folgenden Darstellungen von statistischen Skalen vertraut. Diese Skaleneinteilung ist für quantitative Studien grundlegend; die verschiedenen Skalen werden Ihnen im Bereich der quantitativen Methoden immer wieder begegnen.

Tabelle 1. Klassifizierung statistischer Skalen

	Mögliche Aussagen	Beispiel
Kategorial	Nominal	Gleichheit (=) Verschiedenheit (≠) Geschlecht Mann = 0, Frau = 1 Frau = Frau, Mann = Mann, Mann ≠ Frau
	Ordinal	Zusätzlich: Relation kleiner (<) Relation grösser (>) Selbstwahrnehmung der Gesundheit Sehr schlecht = 1 bis Sehr gut = 5 (=> 1 < 2 < 3 < 4 < 5) <i>Sehr gut</i> ist aber weder fünfmal besser als <i>Sehr schlecht</i> , noch hat <i>Sehr gut</i> eine Distanz von 4 zu <i>Sehr schlecht</i> .
Metrisch (SPSS: Skala)	Intervall	Zusätzlich: Vergleich von Differenzen Temperatur in °C Differenz 20° - 15° = Differenz 15° - 10°. Aber eine Temperatur 10° ist nicht doppelt so warm wie 5°. Vergleich mit Fahrenheit-Skala: 10° C = 50° F, 5° C = 41° F
	Ratio	Zusätzlich: Vergleich von Verhältnissen Einkommen: CHF 8'000 ist zweimal CHF 4'000 Es gibt einen natürlichen Nullpunkt in dieser Skala: CHF 0

Quelle: <https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/skalenniveau.html> (letzter Abruf am 19.5.20)

Tabelle 2. Darstellung der Zunahme des Informationsgehaltes verschiedener statistischer Skalen



Quelle: <https://novostat.com/statistik-blog/skalenniveau-spss-warum-es-so-wichtig-ist.html> (letzter Abruf am 19.5.20)

2.2.1 Korrelation und Kausalität (optional)



Lesen Sie das Kapitel 5 („Korrelation und Kausalität“) aus Bauer et al. (2014). Die Autoren geben in diesem Kapitel einige anschauliche Beispiele von Korrelationen, die fälschlicherweise als Ursache-Wirkung-Beziehung interpretiert wurden.

Korrelationskoeffizienten (es gibt mehrere davon) zeigen das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen an. Sie nehmen Werte zwischen +1 und -1 an. Je näher die Werte der Koeffizienten bei +1 oder -1 liegen, desto stärker ist die Korrelation bzw. der Zusammenhang zwischen den beiden gegebenen Variablen. Ein positiver Korrelationskoeffizient nahe +1 (z.B. 0,98) bedeutet, dass der eine Wert umso höher ist, je höher der andere ist. Ein negativer Korrelationskoeffizient nahe -1 (z.B. - 0,92) bedeutet, dass der eine Wert umso niedriger ist, je höher der andere ist. Die beiden Werte hängen in diesem Fall ebenfalls, nur jetzt „gegenläufig“, zusammen. Ein Korrelationskoeffizient von 0 (oder nahe 0) dagegen bedeutet, dass es keinerlei Zusammenhang zwischen zwei Variablen gibt.



Vermutlich gibt es einen hohen Zusammenhang zwischen Schuhgröße und Körpergröße für Ihre Gruppe (e-tivity zu dieser Woche). Eine signifikante Korrelation lässt jedoch keinen Schluss darüber zu, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen den Variablen X und Y gibt. Es könnte sein, dass X einen Einfluss auf Y hat, oder dass Y einen Einfluss auf X hat. Oder der (scheinbare) Zusammenhang zwischen X und Y wird durch eine dritte Variable Z verursacht; hier z. B. Körperbau, von dem beide (Körpergröße und Schuhgröße) abhängen. Manchmal sind zwei Variablen auch rein zufällig miteinander korreliert.



Die Korrelationsanalyse gehört zur ‚Familie‘ der sogenannten Regressionsanalysen (siehe den folgenden Lernabschnitt). Sie stellt die einfachste Form einer Regression, die sogenannte „einfache lineare Regression“ dar. Eine „einfache lineare Regression“ ist also nur ein anderer Begriff für eine Korrelation.

2.3 Woche 3: Zusammenhängende (bivariate) Statistik

Während es letzte Woche um die isolierten Betrachtung einzelner Variablen ging (Univariate-Statistik), steht diese Woche der Zusammenhang zwischen zwei Variablen im Fokus (Bivariate-Statistik). Berechnet wird der Zusammenhang mathematisch durch den Vergleich der Kovarianzen (also deren „Gleichklang“). Als Kennzahl über die Stärke des Zusammenhangs gilt es in der Regel den Korrelationskoeffizienten „ r “ zu interpretieren.



Lesen Sie aus dem Buch *Methodenlehre und Statistik* (Schäfer, 2016) aus Kapitel 4 den Abschnitt 4.3 („Vorhersagen machen: die Regression“).



Im Gegensatz zur Korrelation, die untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen zwei gleichberechtigt nebeneinanderstehenden Variablen existiert, geht man bei der Regression von einer unabhängigen (X) und einer abhängigen (Y) Variablen aus. Bei einer (bivariaten) Regression bestimmt man von vorneherein, welche die unabhängige und welche die abhängige Variable ist. Das Ziel einer Regression ist es, die Beziehung zwischen den beiden Variablen zu beschreiben, um Vorhersagen für neue Werte von Y, gegeben X, zu machen.

Eine vieldiskutierte Studie hat letztes Jahr für Aufsehen sowohl in der Fachwelt als auch in den Medien gesorgt. Ein junger Forscher der Harvard Universität hatte untersucht, ob Patienten auf Inneren Stationen, die von Ärztinnen behandelt wurden, in einem 30-Tage-Zeitraum nach Behandlung weniger häufig verstarben bzw. weniger häufig Rückfälle erlitten als Patienten, die von Ärzten behandelt wurden. Die Forscher nutzten verschiedene Regressionsanalysen, in denen das Geschlecht der Mediziner*Innen die unabhängige Variable darstellte, und die abhängige Variable der Outcome für die Patienten (Mortalität bzw. Rückfallquote).



Lesen Sie zunächst den entsprechenden Artikel aus dem Ärzteblatt (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72073/Sind-Frauen-die-besseren-Aerzte>). Versuchen Sie dann, mindestens sechs „Umstände“ oder Gegebenheiten zu finden, die anstelle des Geschlechts der Mediziner diese Ergebnisse möglicherweise ebenso gut erklären könnten. Lesen Sie dann den Originalartikel von Tsugawa und Kollegen aus 2017, und achten Sie dabei darauf, ob Ihre alternativen Erklärungen für die Ergebnisse in dem Artikel angesprochen werden (Abschnitt „Limitations“). Dazu brauchen Sie nicht jedes Detail und insbesondere nicht die statistischen Analysen verstehen; es genügt, wenn Sie generell den Eindruck gewinnen, dass Tsugawa und Kollegen an diese alternative Erklärung gedacht haben, und „dafür kontrolliert haben“. Können die Autoren Ihre alternativen Erklärungen entkräften? Mit jeder ‚entkräfteten‘ Alternative wird die Schlussfolgerung wahrscheinlicher, dass die Unterschiede im Behandlungserfolg tatsächlich auf das Geschlecht der Mediziner zurückzuführen sind.



Zur Vertiefung können Sie Kapitel 12 („Je älter, desto glücklicher?“) aus Bauer et al. (2014) lesen. Die Autoren machen darin mit realen Fällen, die durch die Medien gegangen sind, deutlich, wie anfällig wir für intuitive, aber falsche Annahmen im Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeiten sind.

2.4 Woche 4: Untersuchungsdesigns

In dieser Woche geht es darum, dass Sie sich mit Forschungsdesigns vertraut machen. Welche Untersuchungsdesigns stehen im Rahmen von klinische und therapeutische Forschungen zur Verfügung? Für welche Fragestellung sind die unterschiedlichen Herangehensweisen am ehesten geeignet? Dabei wird thematisiert, welche Einschränkungen diese Designs und Instrumente ggf. mit sich bringen. In Zusammenhang mit diesen Themen nimmt die Diskussion der experimentellen Kontrolle und des Einflusses von unerwünschten Störvariablen einen größeren Raum ein, denn Kenntnisse dieser Merkmale sind für die Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen unerlässlich. Diese Kenntnisse werden im Rahmen von D2 zudem dazu eingesetzt, unter Anleitung praxisbezogene Fragestellungen zu entwickeln und in entsprechende erste Forschungsdesigns im Rahmen der Prüfungsleistung umzusetzen.

Die unterschiedlichen Arten von Untersuchungsdesigns in der quantitativen Forschung lassen sich in drei Kategorien einordnen: Sie sind entweder experimentell, beobachtend, oder zusammenfassend auf einer Metaebene. Den „Goldstandard“ und damit auf der höchsten Ebene der Evidenz basierten Hierarchie, stellen randomisierte und kontrollierte Untersuchungen (RCT) dar. Neben den experimentellen Studien gibt es aber auch beobachtende Methoden, welche die Verläufe von Personen über einen längeren Zeitraum hinaus betrachten. Diese werden Längsschnittstudien genannt. Zu unterscheiden ist hier zwischen Fall-Kontroll- (Analyse von zwei Gruppen) und Kohorten-Untersuchungen (Analyse von einer Gruppe). Scherfer und Bossmann (2011) weisen darauf hin, dass diese als gleichberechtigte analytische Methoden anzuerkennen sind, da auch ohne Experimente, Ursache-Wirkungsbeziehungen betrachtet werden können. Wenn der Forschungsgegenstand noch viele unerklärte Aspekte enthält, dann können Einzelfallanalysen und Fallberichte (ebenfalls beobachtende Verfahren) besser zur Aufklärung und dem grundsätzlichen Verständnis beitragen. Des

Weiteren werden in dieser Woche Anwendungsbeobachtungen (AWB) und systematische Überblicksarbeiten thematisiert.



Lesen Sie zur Einführung aus dem Buch *Methodenlehre und Statistik* (Schäfer, 2016) aus Kapitel 2 die Abschnitte 2.6 und 2.7. Lesen Sie zudem aus dem Buch *Forschung verstehen* (Scherfer & Bossmann, 2011) das Kapitel 2.3 („Studententypen verstehen“).



Barthel-Index: Scherfer & Bossmann (2011) benutzen in ihrem Text zur Veranschaulichung den Barthel-Index. Dabei handelt es sich um ein Bewertungsverfahren zur Ermittlung von alltäglichen Kompetenzen seitens Patient_innen. Die Fähigkeiten werden in Form von Punkten operationalisiert und anschließend zu einem Summenscore aufaddiert (0 bis 100 Punkte).



Ergänzend zur Lektüre in dieser Woche, können Sie auf YouTube, das Video "Studententypen in der medizinischen Forschung - Statistik Teil 8 - AMBOSS Auditor" ansehen. Die wesentlichen Untersuchungsdesigns werden darin anschaulich und mit Beispielen beschrieben: <https://youtu.be/5RckFj6Kd4s>

2.5 Woche 5: Gütekriterien

Was macht einen Test oder eine Untersuchung zuverlässig? Wie lassen sich diese methodisch auf Güte überprüfen? Was messen Schulnoten oder IQ-Tests? In dieser Woche werden die methodische Verfahren angeschaut, zur Konkretisierung, was einen geeigneten von einem ungeeigneten Test unterscheidet. Zu den drei Hauptgütekriterien gehören Unabhängigkeit von Testleiter und Testauswerter (Objektivität), Zuverlässigkeit des Instruments unter Berücksichtigung von Messfehlern (Reliabilität) sowie Zuverlässigkeit in Hinblick auf inhaltliche Aspekte „wird gemessen, was gemessen werden soll?“ (Validität).

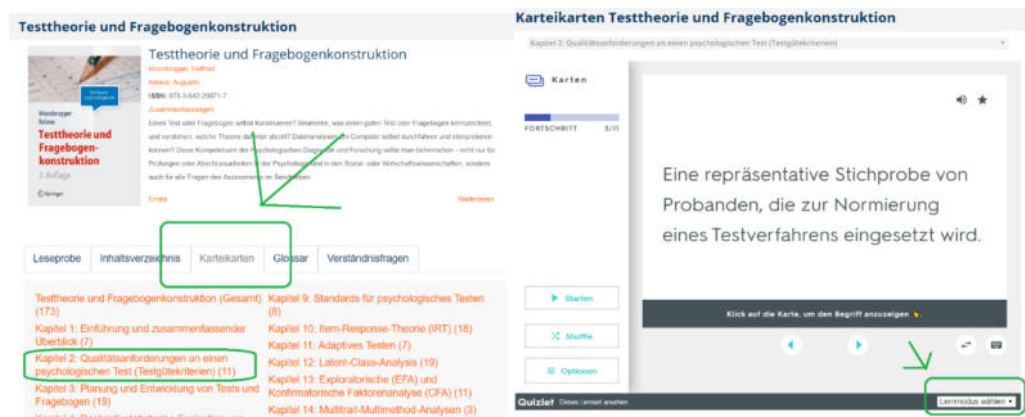
Die sogenannten ‚Testgütekriterien‘ spielen eine entscheidende Rolle für die Zuverlässigkeit und Genauigkeit der Informationen, die aus Tests und Assessments gewonnen werden können, und die in klinische Entscheidungen mit einfließen. Schauen Sie sich zum Einstieg ins Thema das Erklärvideo (<https://www.youtube.com/watch?v=vd1-Y7rUjjo>) von Stephanos Xouridas auf YouTube an; anfangs hört man nur den Sprecher; visuell beginnt später).



Lesen Sie aus dem Buch *Methodenlehre und Statistik* (Schäfer, 2016) aus Kapitel 2 den kurzen Abschnitt 2.4 („Fragebögen und Tests“). Lesen Sie dann im Buch *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (Moosbrugger & Kelava (2012) das Kapitel 2 „Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien)“. Rufen Sie anschließend die Online-Seite (<https://lehrbuch-psychologie.springer.com/testtheorie-und-fragebogenkonstruktion>) des Buchs *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* auf, und beantworten Sie im Selbsttest die zu Kapitel 2 zugehörigen Verständnisfragen weiter unten auf der Seite (Tipp: machen Sie sich Stichworte zu Ihrer Antwort, bevor Sie die Lösung anschauen – die Antworten sind manchmal umfangreich).



Lernspiele zum Buch von Moosbrugger & Kelava (2012): Wenn sie den Lehrbuchlink von Springer aufrufen (s. oben) können sie neben den Verständnisfragen auch verschiedene Lernmethoden nutzen, um ihr Wissen zu vertiefen. Klicken dazu auf „Karteikarten“ das gewünschte Kapitel und wählen anschließend unten rechts aus dem Feld „Lernmodus“ eine von fünf Methoden aus:



Testgütekriterien wie die Reliabilität oder die Validität können verschieden ausgeprägt sein. Die Reliabilität kann beispielsweise nicht ausreichend, zufriedenstellend oder gut sein. Liest man, dass ein Test „reliabel“ ist, so ist meist damit gemeint, dass die Reliabilität ausreichend hoch ist. Wie hoch bestimmte Gütekriterien ausgeprägt sind, wird durch sogenannte „Koeffizienten“ angegeben, die beispielsweise (im Fall des Koeffizienten Cronbachs Alpha) für die Reliabilität Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Im optimalen Fall liegen die Werte nahe bei 1, denn je höher der Wert, desto höher ist das Gütekriterium ausgeprägt. Ein Wert von 0,83 für Cronbachs Alpha zum Beispiel kann so interpretiert werden, dass die interne Konsistenz (eine Form der Reliabilität) des Tests sehr gut ist.



Wählen Sie einen standardisierten und möglichst auch normierten Test aus, der in Ihrem Arbeitsumfeld angewendet wird. Dieser Test sollte entweder ein Manual beinhalten, oder es sollte eine begleitende Veröffentlichung existieren, die zumindest einige Gütekriterien dieses Tests berichtet. Notieren Sie alle Gütekriterien, die der Test berichtet, und wägen Sie ab – wie gut sind Validität,

Reliabilität, Objektivität dieses Tests? Was bedeutet das für seine Anwendung? Wenn es um Tests im öffentlichen Diskurs geht, dann fallen den meisten wahrscheinlich (neben Tests zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit) am ehesten Intelligenztests ein. Klassische Intelligenztests werden nach wie vor in verschiedenen Kontexten eingesetzt, obgleich ihre Validität schon seit langem kritisch diskutiert wird. ‚Spiegel Online‘ hat einen interaktiven Intelligenztest (<https://www.spiegel.de/karriere/iq-test-pruefen-sie-ihre-intelligenz-wie-schlau-sind-sie-a-909931.html>) zur Selbsttestung ins Netz gestellt („Bin ich schlau?“). Eine Empfehlung: Falls Sie ihn ausprobieren möchten, dann notieren Sie sich nebenbei die Art der Aufgaben, und fragen sich am Ende, ob Sie ‚Intelligenz‘ ebenso abgeprüft hätten, oder ob Sie andere Aufgaben gewählt hätten (eine Frage nach der Validität des Spiegel Online Tests).

2.6 Woche 6: Komponenten eines Forschungsexposés

Die Grundlage für ein Forschungsvorhaben stellt eine vertiefte thematische Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand dar, welche in einem Forschungsexposee mündet. Die Gliederung folgt einer inneren Logik, die aufeinander aufbaut, so wie es Chojnacki (2006) es mit seinen Eckpunkten beschreibt.



Lesen Sie sich den Leitfaden von Sven Chojnacki durch, der eine Anleitung zur Vorbereitung auf die Prüfungsleistung enthält. Chojnacki ist Professor für Vergleichende Politikwissenschaft und Friedens- und Konfliktforschung an der FU Berlin, und hat diesen Leitfaden 2006 mit Input seiner Studenten geschrieben. Auch wenn die Beispiele manchmal aus der Politik- und Sozialforschung stammen, gelten die Grundsätze in gleicher Weise für die Gesundheitswissenschaften. Anmerkung: der Leitfaden enthält gelegentlich Hinweise auf qualitative Methoden. Diese können Sie überlesen; Qualitative Methoden werden im Modul im Anschluss diskutiert. Lesen Sie außerdem aus dem Buch *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Döring & Bortz, 2016) das Kapitel 5 („Forschungsthema“).

2.7 Woche 7: Ethische Richtlinien

Die Freiheit von Forschung und Lehre stellt in Deutschland ein Grundrecht dar (§5 Abs. 3 GG). Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse besitzt somit einen außerordentlich hohen Stellenwert, der sich jedoch ethischen Aspekten unterordnet.

In dieser Woche geht u.a. um die unterschiedlichen Gründe, warum die Forschungs- und Wissenschaftsethik in den letzten Jahren stetig getrieben war, sich weiterzuentwickeln. So tauchen im Zuge der Technisierung, Globalisierung, und neuer Entwicklungen immer wieder ethische Fragen auf, die gelöst werden müssen. Als Beispiele können neue Möglichkeiten durch z. B. CRISP-Cas9, moralische Dilemmata oder die Entwicklung von autonomen Fahrzeugen (Ethik im Programmiercode?) genannt werden.

Im Sinne eines ethischen Kompasses haben sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Rahmen der Deklaration von Helsinki mit 35 allgemeingültigen Grundsätzen selbst zur Einhaltung von ethischen Grenzen verpflichtet.



Lesen Sie aus dem Buch *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Döring & Bortz, 2016) das Kapitel 4 („Forschungs- und Wissenschaftsethik“). Lesen Sie zudem die deutsche Fassung der Deklaration von Helsinki in ihrer aktuell gültigen Fassung (9. Revision von 2013; 10 Seiten, großer Druck, <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/50-jubilaem-der-deklaration-von-helsinki>).



Sieben moralische Dilemmata: Wie würden Sie über Leben und Tod entscheiden und wie haben andere Personen entschieden? <https://www.watson.ch/wissen/auto/507461010-diese-7-moralischen-dilemmata-werden-dein-hirn-martern-und-dein-gewissen>

2.8 Woche 8: Datenaufbereitung

Was gehört alles zu einer Datenaufbereitung? Welche Funktionen und Bedeutung hat diese? In dieser Woche werden die einzelnen Arbeitsschritte von der Bearbeitung der Rohdaten bis zur Erstellung des fertigen Datensatzes beschrieben. Thematisiert wird auch die Vermeidung von ethischen Problemen durch Anonymisierung, da sonst insbesondere bei quantitativen Forschungsmethoden die Identifizierung von Individuen über die Kombination der Merkmale theoretisch machbar wäre. In Hinblick auf die Operationalisierung werden darüber hinaus Hinweise auf mögliche Verzerrungseffekte bei der Fragestellung benannt. Dazu gehören u. a. der Ausstrahlungseffekte (Halo-Effekt), Neigung zu Extrema (Milde-Härte-Effekt), Neigung zur Mitte (Zentrale Tendenz) oder auch Ähnlichkeitsverzerrungen (Rater-Ratee-Interaktion). Des Weiteren geht es in dieser Woche um die Relevanz von Testeichungen im Diagnosebereich. Diese sind nach DIN 33430 sowie nach den International Guidelines for Test Use (ITC) zur Qualitätssicherung erforderlich. Voraussetzung für die Normierungstichprobe ist, dass diese für eine bestimmte Zielgruppe oder sogar global repräsentativ ist und insofern aussagekräftige Rückschlüsse für die Grundgesamtheit zulässt.



Lesen Sie aus dem Buch *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Döring & Bortz, 2016) das Kapitel 11 („Datenaufbereitung“) mit Ausnahme des Abschnitts 11.3 (in dem es um die Aufbereitung qualitativer Daten geht, das erfahren Sie im Modul D3). Lesen Sie außerdem Kapitel 8.6 („Testeichung“) aus dem Buch *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (Moosbrugger & Kelava (2012).

2.9 Woche 9: Grafische Darstellung von Daten

Im abschließenden Teil des Seminars geht es um die Interpretation und Präsentation von Forschungsergebnissen, denn wissenschaftliche Kompetenzen äußern sich u. a. in der Fähigkeit, wissenschaftliche Vorgehensweisen und die damit gewonnenen Erkenntnisse allgemeinverständlich darzustellen.

Das Ziel von grafischen Darstellungen - im wissenschaftlichen Kontext - ist es, bestimmte Sachverhalte einerseits herauszustellen und andererseits für die Leser schnell erfassbar zu machen. Darüber hinaus gibt es große Unterschiede im Informationsgehalt von Darstellungen, so z. B. zwischen Balkendiagrammen und einem Boxplot. Die Texte zu dieser Woche gehen auf verschiedenste Diagrammart ein und beschreiben diese vor dem Hintergrund sinnvoller Anwendungsbeispiele. Die Autoren gehen u. a. auf Balken-, Torten- und Kreisdiagramme sowie auf Histo-, Linien- und Kurvendiagramme ein.

Benannt werden aber nicht nur Anwendungsbeispiele im Kontext guter wissenschaftlicher Praxis, sondern auch die Möglichkeiten zur Verfälschung. Detert & Söhl (2010) zeigen anhand eines Beispiels auf Seite 101 wie unterschiedlich die grafische Interpretation bei der Verwendung unterschiedlicher x und y Abschnitte ausfallen kann - und damit die inhaltliche Botschaft.



Lesen Sie aus dem Buch *Statistik und Wahrscheinlichkeitsrechnung für Ahnungslose* (Detert & Söhl, 2010) das Kapitel 5 („Graphische Darstellung statistischer Daten“). Lesen Sie außerdem aus dem Buch *Methodenlehre und Statistik* (Schäfer, 2016) den Abschnitt 4.1 („Grafische Datenanalyse“).



Unstatistik des Monats: Die Autoren Gerd Gigerenzer, Thomas Bauer sowie Walter Krämer haben hinterfragen jeden Monat in ihrer Kolumne aktuelle Darstellungen von Statistiken (die sog. „Unstatistik des Monats“):

<http://www.rwi-essen.de/unstatistik/>

2.10 Woche 10: Wissenschaftliche Redlichkeit und Vorbereitung der Präsenzphase

In der letzten Woche des Moduls D2 liegt der Fokus in den Texten auf ethisch-methodischen Aspekten zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und den Vorbereitungen für das anstehende Präsenzwochenende.

Schaar (2014) erläutert den rechtlichen Hintergrund im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zur Anonymisierung und Pseudonymisierung von personenbezogenen Daten, um das Dilemma zwischen statistischen Auswertungen und dem Schutz der Personenrechte methodisch zu lösen. Er erörtert dazu die Unterscheidung zwischen absolut anonymen Daten - bei denen eine Deanononymisierung komplett ausgeschlossen ist - und faktisch anonymen Daten - bei der nur mit großem Aufwand eine Deanononymisierung möglich ist.

Zu den Aufgaben und der personellen Zusammenstellung der medizinischer Ethikkommissionen geht Doppelfeld (2014) ein: Er beschreibt wie diese, entlang der Deklaration von Helsinki, die medizinischen Experimente im Vorfeld prüfen, bevor diese durchgeführt werden dürfen. Ist die Freigabe durch die Ethikkommission erteilt, bedarf es darüber hinaus einer rechtlich wirksamen Einwilligungserklärung der Versuchsteilnehmer_innen. Auf diese geht von Freier (2014) ein, aber beschreibt auch die Grenzen bei vulnerablen Gruppen, die nicht zur Wahrnehmung ihrer eigenen Interessen in der Lage sind (z. B. Kleinkinder oder kognitiv beeinträchtigte Gruppen). Vor diesem Hintergrund hat die Alice Salomon Hochschule Berlin eigene forschungsethische Grundsätze im Rahmen von vier Prinzipien formuliert, welche im Rahmen Ihrer empirischen Untersuchungen zu berücksichtigen sind.



Lesen Sie die Kapitel „Anonymisieren und Pseudonymisieren als Möglichkeit der Forschung mit sensiblen, personenbezogenen Forschungsdaten“ von Peter Schaar, „Ethikkommission“ von Elmar Doppelfeld, „Informierte Zustimmung / "Einwilligungserklärung“ von Friedrich von Freier aus dem

Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen (Lenk, Duttge & Fangerau, 2014). Machen Sie sich mit dem Richtlinienpapier der Ethikkommission der ASH vertraut (auf Moodle). Vergleichen Sie die Inhalte des Richtlinienpapiers mit dem Beispiel einer Einwilligungserklärung (ASH, auf Moodle).

Der Medical Research Council (MRC)



Der im Vereinigten Königreich basierte MRC unterhält ein Portal, das umfangreiche nützliche und gut aufbereitete Informationen für die klinische Forschung und somit auch für die Gesundheitswissenschaften bietet. Besonders relevant für pflege- und therapiewissenschaftliche Forschungsprojekte ist das herunterladbare Dokument „Good research practice: Principles and guidelines“ aus der MRC ethics series (<https://mrc.ukri.org/research/policies-and-guidance-for-researchers/good-research-practice>).



Probleme im Wissenschaftsbetrieb: Die Deutsche Forschungsgesellschaft (DFG) analysiert im Rahmen des Textes „Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ (auf Moodle), in Kapitel 2, einige Gründe, warum es zu wissenschaftlichem Fehlverhalten kommt. Auch wenn die Analysen zum Teil auf dem Stand von 1997 sind, so haben sie auch über 20 Jahre später nicht an Relevanz verloren.



Ig-Nobelpreise für Pizza-Forschung und Babywickel-Automat: Jedes Jahr wird von der Harvard Universität der „ignoble (unedlen)“-Nobelpreis für kuriose Forschungen vergeben. Der undotierte Preis ging letztes Jahr u. a. an Wissenschaftler_innen für die Untersuchung zur gesundheitsfördernden Wirkung von Pizza und dem Gesundheitsrisiko von Geldscheinen sowie eine Wickelmaschine für Babys. Mehr dazu unter:

<https://www.br.de/wissen/nobelpreis-ig-nobel-2019-ignobelpreis-102.html#>

2.11 Präsenzphase

Im ersten Teil der Präsenzphase wird ein Journal Club stattfinden. Gemeint ist damit, dass Sie als Nachwuchswissenschaftler_innen eine aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichung kritisch diskutieren und so Ihre neuen Kompetenzen aus dem Modul anwenden. Anschließend werden Sie Ihre bisherige Forschungsskizze in Teilgruppen von max. 5 Personen vorstellen, und sich im Sinn einer kollegialen Beratung Feedback von Ihren Kommiliton*Innen und den Lehrenden einholen.

Im zweiten Teil der Präsenzphase werden Sie in die Datenauswertung mit dem Statistikprogramm SPSS eingeführt: Dazu gehören praktische und interessante Übungen der Datenauswertung und -darstellung (Standardabweichungen, Häufigkeitsverteilungen, Streudiagrammen, Korrelationsanalysen, etc.). Zudem erhalten Sie Materialien (PSPP und Übungsdateien), um zukünftig eigenständige Analysen vornehmen zu können.

Abgabe der Prüfungsleistung

Nach der Präsenzphase haben Sie Zeit die Anregungen und Hinweise Ihrer Kommilitoninnen in die Forschungsskizze einzuarbeiten und Ihren Entwurf abzurunden. Bitte senden sie diesen anschließend fristgerecht (Abgabetermin s. Moodle) an die/den Lehrenden. Viel Erfolg! Vielleicht (hoffentlich!) ist Ihnen Ihr Wissen in quantitativen Methoden oft noch nützlich.

Ausblick

Dieses Modul stellt einen ersten von zwei wichtigen methodischen Bausteinen Ihres Studiums dar. Der zweite Baustein befasst sich mit „Qualitative Forschungsmethoden“, die Sie im kommenden Semester vertiefend kennenlernen werden. Beide Forschungsmethoden sind gleichermaßen berechtigte Verfahren sich „der Wirklichkeit“ anzunähern - abhängig von Ihrer Forschungsfrage.

3. Literatur

Detert, Y. & Söhl, C. (2010). Statistik und Wahrscheinlichkeitsrechnung für Ahnungslose. Stuttgart: Hirzel Verlag.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer Verlag. doi: 10.3224/978384740127

Moosbrugger, H. & Kelava A. (Hrsg.) (2012). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Schäfer, T. (2016). Methodenlehre und Statistik: Einführung in Datenerhebung, deskriptive Statistik und Inferenzstatistik. Wiesbaden, Springer Verlag.

Scherfer, E. & Bossmann, T. (Hrsg.) (2011). Forschung verstehen: Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis. München: Pflaum Verlag.

Populärwissenschaftliche Literatur zum Thema

Bauer, T. K., Gigerenzer, G. & Krämer, W. (2014). Warum dick nicht doof macht und Genmais nicht tötet: Über Risiken und Nebenwirkungen der Unstatistik. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Vertiefende wissenschaftliche Literatur zum Thema

Westermann, R. (2017). Methoden psychologischer Forschung und Evaluation: Grundlagen, Gütekriterien und Anwendungen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. [als E-Book in der ASH-Bibliothek verfügbar]

D3 Modulablaufplan

2019	Datum/ Zeitraum	Uhrzeit	Was?	Themen
Woche 1 (KW 3) 13.01.- 19.01.			Einarbeitung in das Studienbegleitheft	WILLKOMMEN, Lernziele und Überblick
	16.01. (Do)	Bis 18 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 1 Lesen Präsentation Konstruktion von Wirklichkeit	e-tivity Weltsichten
	19.01. (So)			Kontaktzeit asynchron Peer Feedback posten
Woche 2 (KW 4) 20.01.- 26.01.	20.01. (Mo)			Selbstlernzeit: „Wissenschaftstheoretische und forschungsmethodolo- gische Grundlagen
	23.01. (Do)	Bis 18 Uhr 19 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 2 Webinar	e-tivity: Formulierung einer Forschungsfrage Kontaktzeit (Notizen machen)
	26.01. (So)	Bis 24 Uhr		Kontaktzeit asynchron Peer Feedback posten
Woche 3 (KW 5) 27.01.- 02.02.	27.01. (Mo)			Selbstlernzeit: Qualitative, Quantitative und „mixed method“ Ansätze
	30.01. (Do)	Bis 18 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 3 Lesen Präsentation Vergleich Qualitativer und Quantitativer Forschungsmethoden	
	31.01. (Fr)			e-tivity: Forschungsphilosophie: Text Mayring lesen, Zusammenfassung und Reflexion ins Forum posten
Woche 4 (KW 6) 03.02.- 09.02.	03.02. (Mo)			Selbstlernzeit: Forschungsvorbereitung
	06.02. (Do)	Bis 18 Uhr 19 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 4 Online-Sprechstunde	Kontaktzeit (optional)

	(optional)			
	07.02. (Fr)	Bis 20 Uhr		e-tivity: Forschungszeitplan erstellen plus Reflexion Kontaktzeit asynchron
	08.02. (Sa).	Bis 18 Uhr		PEER FEEDBACK ins Forum posten
<i>Woche 5 (KW 7) 10.02.- 16.02.</i>	10.02. (Mo)			Selbstlernzeit: 5. Datenerhebung: Interview und Gruppendiskussion
	14.02. (Do)	Bis 18 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 5 Lesen Präsentation Narrative Interviews	e-tivity: Interview führen und Reflexion posten
	16.02. (Sa)	Bis 18 Uhr		Kontaktzeit asynchron Peer Feedback geben
<i>Woche 6 (KW8) 17.02.- 23.02.</i>	17.02. (Mo)			Selbstlernzeit: Beobachtung und Dokumentenanalyse
	20.02. (Do)	Bis 18 Uhr 19 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 6 Online-Sprechstunde (optional)	Kontaktzeit (optional)
	21.02. (Fr)	Bis 20 Uhr		e-tivity: Beobachtung durchführen und Reflexion posten
	23.02. (So)	Bis 18 Uhr		Kontaktzeit asynchron Peer Feedback geben
<i>Woche 7 (KW 9) 24.02- 01.03.</i>	24.02. (Mo)			Selbstlernzeit: Datenmanagement und - aufbereitung
	27.02. (Do)	Bis 18 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 7	
	29.02. (Sa)	Bis 20 Uhr		e-tivity: Transkription mit Reflexion posten
	01.03. (So)			Kontaktzeit asynchron Peer Feedback geben
<i>Woche 8 (KW 10) 02.03.- 08.03.</i>	02.03. (Mo)			Selbstlernzeit: Datenanalyse
	05.03. (Do)	Bis 18 Uhr 19 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 8 Webinar	e-tivity Kodieren mit Reflexion posten. Diese Dokumente werden Thema des Webinars sein Kontaktzeit
	08.03. (So)			Kontaktzeit asynchron

Woche 9 <i>(KW 11)</i> 09.03.- 15.03.			Peer Feedback geben
	09.03. (Mo)		Selbstlernzeit Triangulation und Gütekriterien
	12.03. (Do)	Bis 18 Uhr	Lesen Studienbegleitheft Kapitel 9
	13.03. (Fr)	Bis 18 Uhr	e-tivity Text von P. Heiser lesen, Zusammenfassung und Begründung posten
	15.03. (So)		Eigene Bewertung und Reflexion posten Kontaktzeit asynchron Peer Feedback geben
Woche 10 <i>(KW 12)</i> 16.03.- 22.03. PRÄSENZ	16.03 (Mo)		Selbstlernzeit: Forschungsskizze und Forschungsbericht
	18.03. (Mi)	19 Uhr	Online-Sprechstunde <i>(optional)</i>
	19.03. (Do)	Bis 18 Uhr	Themenabstimmung für die Präsenz vornehmen Lesen Studienbegleitheft Kapitel 10
	20.03. (Fr)	Bis 10.00	Semesterbegleitend: Glossareintrag vornehmen
	20.-22.03. (Fr-So)		Präsenz